



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**RELACIÓN DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL CON LA  
MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE  
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, 2022 2-CR**

**Autores:**

Br. Kelly Martínez

C.I 27.989.391

Br. Nikol Ostos

C.I 29.500.999



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**RELACIÓN DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL CON LA  
MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE  
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, 2022 2-CR**

Trabajo especial de grado para optar al título de  
Odontología

**Autores:**

Br. Kelly Martínez

C.I 27.989.391

Br. Nikol Ostos

C.I 29.500.999

**Tutor:**Od. Janeth Rodríguez

San Diego, octubre 2022



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, elaborado por los bachilleres Martínez Herrera, Kelly Johana. C.I. V - 27.989.391 y Ostos Pérez, Nikol Ariana C.I. V - 29.500.999, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **“Relación del hábito de succión digital con la maloclusión en niños de la clínica de odontopediatría de la universidad José Antonio Páez, 2022 2-CR”**, adscrito a la línea de investigación de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad José Antonio Páez y escuela de Odontología, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 04 días del mes de Julio del año dos mil veintidós

*Joseth Rodríguez 8894992*  
(Firma autógrafa) Nombres y apellidos  
Nº de la Cédula de Identidad



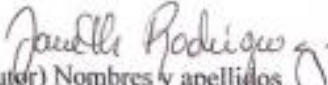
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



## CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA DEL TRABAJO DE GRADO

Quien suscribe, Rodríguez Janeth, portadora de la cédula de identidad N.º 8.844.992, en mi carácter de tutora del trabajo de grado presentado por las ciudadanas Martínez Herrera Kelly Johana C.I 27.989.391 y Ostos Pérez Nikol Arianna C.I 29.500.999 titulado **“Relación del hábito de succión digital con la maloclusión en niños de la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, 2022 2-CR.”**, presentado como requisito parcial para optar al título de odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 13 días del mes de octubre del año dos mil veintidós

  
(Firma autógrafa del tutor) Nombres y apellidos  
Dra. Janeth Rodríguez  
Odontólogo  
C.O.V. 12.323 RP / V. 20060019  
Nº de la Cédula de Identidad.  
CI: 8844992




REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA




### ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "RELACIÓN DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL CON LA MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, 2022 2-CR." realizado por las ciudadanas Martínez Herrera Kelly Johana C.I 27.989.391 y Ostos Perez Nikol Ariana C.I 29.500.999. Cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar que después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

  
Jurado  
Nombre: Veronica Ruiz  
C.I.: 20029925



  
Jurado  
Nombre: Andrea Scovino  
C.I.: 24.553.114

  
Tutor Académico:  
Nombre: Jaubli Rodriguez  
C.I.: 8844992

## AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecida con Dios, por permitirme vivir este sueño un sueño que sé, no es sólo mío también de mi madre Johana Herrera una meta juntas, gracias mamá porque sin ti no sería posible, gracias por el esfuerzo, la confianza y el amor. También agradecida con mi familia por el apoyo, Richard Martínez, Eluany Martínez, que siempre han estado presentes en cada etapa, Génesis Colina también por el apoyo incondicional en muchas circunstancias por creer y confiar en mí. Agradecida con mis amigas que estuvieron en cada paso, en cada momento en cada pequeño logro o cada pequeño estrés, siempre presentes, Nikol Ostos, Carla Castro, porque fueron parte importante de esta meta junto con Sonia Prato, Carlos Castro, sin el apoyo de todos ustedes no hubiese sido igual de gratificante y satisfactorio este momento de mi vida, Betania Castro por ser mi tutora y compañera en esta etapa final de mi carrera, gracias por siempre estar. Finalmente, agradecida con mi tutora académica Janeth Rodríguez orientarnos y estar para nosotras siempre que fue necesario. Kelly Martínez.

Ante todo, Gracias siempre a mi Dios, por mandarme constantemente muestras de aliento, de que si se puede y que todo esfuerzo es recompensado en su respectivo tiempo. Gracias a mi abuelita, Carmen Sánchez que sé que desde el cielo está orgullosa de todo esto, porque es un sueño compartido y por ser gran pilar en mi desarrollo personal y académico. Gracias a mi madre, Eyus Pérez por siempre caminar conmigo, por nunca desistir en mi camino, por todo su empeño y esfuerzo en esta meta y por creer en mí. Gracias a mi padre, Víctor Ostos por exigirme hasta conseguir la excelencia, por formarme hasta verme brillar y por ser un pilar fundamental en esta nueva meta.

Gracias a mi familia, por ayudarme a no desviarme de mi meta, a formarme con buenos valores y por siempre apoyarme. Además, quiero dar las gracias a todas las personas que de alguna u otra manera me ayudaron a cumplir esta meta, sin nada de eso no estaría aquí. Por último, darle las gracias a mi compañera de estudio y de tesis, Kelly Martínez sin su apoyo nada de esto sería posible, gracias por compartir estos 4 años de carrera conmigo, Los llevo siempre en mi corazón. Nikol Ostos.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a mi madre, Johana Herrera por siempre estar para mí, por exigirme y enseñarme lo importante de ser alguien en la vida, esta meta es por ti y por mí, a mi abuela que se me cuida desde el cielo y siempre quiso esto para mí, a mi hermano Eluany Martínez por ser mi hermano menor y yo un ejemplo para él, tú también puedes lograr todo lo que te propones, gracias infinitas porque ustedes siempre fueron y serán lo más importante en mi vida. Kelly Martínez

Este trabajo está dedicado a mis padres, mi madre, Eyus Pérez que me ha enseñado lo importante que es la formación académica, lo esencial que es luchar por obtener cualquier objetivo con mérito propio. Mi padre, Víctor Ostos que me ha enseñado que el conocimiento es la llave universal que adquirimos para enfrentarnos a cualquier situación en el mundo, y a mi abuela, Carmen Sánchez que se dedicó siempre ha enseñarme lo valioso que es poder tener autonomía, enseñarme a crecer en todos los ámbitos de la vida y compartir esta meta juntas... - sé que desde el cielo celebras esta meta cumplida y gritas muy fuerte que, lo hemos logrado -. Esto es por y para ustedes, Los amo. Nikol Ostos

## INDICE

AGRADECIMIENTOS .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
RESUMEN INFORMATIVO .....	X
ABSTRACT .....	XI
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	2
<b>EL PROBLEMA</b> .....	2
1.1 Planteamiento del problema .....	2
1.2 Formulación del Problema.....	3
1.3 Objetivos.....	4
1.4 Justificación.....	4
1.5 Limitaciones y alcances .....	5
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Antecedentes.....	6
2.2 Bases Teóricas .....	8
2.3 Bases Legales.....	15
2.4 Cuadro metodológico.....	18
CAPÍTULO III .....	19
3.1 Tipo, Diseño y Nivel de Investigación .....	19
3.2 Población y Muestra .....	19
3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	20
3.4 Procedimiento .....	20
3.5 Técnica de Análisis de Resultados.....	21
CAPÍTULO IV.....	22
4.1 RESULTADOS .....	22
4.2 DISCUSION .....	25
CAPITULO V .....	27
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	27
5.1 CONCLUSIONES .....	27
5.2 RECOMENDACIONES .....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29
ANEXOS .....	35

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, 2022-2CR. MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA. ....	22
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, 2022-2CR. MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA. ....	22
TABLA 3 TIPO DE HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, 2022-2CR. MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA. ....	23
TABLA 4. TIPO DE MALOCLUSIÓN EN LOS PACIENTES CON HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, 2022-2CR. MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA. ....	23
TABLA 5. SUCCIONADORES DIGITALES QUE ABANDONARON EL HÁBITO AL MES, SEGÚN EDAD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, 2022-2CR. MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA. ....	24



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**RELACIÓN DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL CON LA  
MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE  
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ, 2022 2-CR**

**Autoras:** Kelly Martínez, Nikol Ostos

**Tutor:** Janeth Rodríguez

**Año:** 2022

**RESUMEN INFORMATIVO**

La maloclusión, se considera una alteración en el proceso de crecimiento óseo de los maxilares. En efecto, tienen una etiología multifactorial, entre los que destacan los hábitos orales como la succión digital. Por tanto, se plantea como objetivo Relacionar el hábito de succión digital con la maloclusión en niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2022-2CR. En lo que respecta al tipo de investigación es descriptivo, de campo, transversal y correlacional se tomó como población 600 niños en edades comprendidas entre 6 y 12 años y una muestra de 30 niños con muestreo no probabilístico intencional cumpliendo criterios de inclusión. La técnica de recolección de datos fue la encuesta aplicando como instrumento el formato de historia clínica, estructurado por nueve partes, diseñado por la Universidad José Antonio Páez el cual, dentro de sus políticas y lineamientos se aplica en la Clínica de Odontopediatría, por tanto, no amerito someterlo al proceso de validación ni confiabilidad. Los datos manejados con estadística descriptiva, dan como resultado que la mayoría de pacientes estuvo en el rango de edad entre los 7 y 9 años (60%) con predominio del género femenino (63,33%), la característica clínica mayormente reportada fue la mordida abierta (83,33%) seguida por la vestibularización incisiva (46,67%), el (76,66%) succiona un solo dedo con mayor frecuencia el pulgar (73,33%). En relación al tipo de maloclusión predominó la Clase II (70%); el 70% de niños abandonó el hábito al mes de aplicada la técnica de sugestión directa. Si existe relación entre el hábito de succión digital con las maloclusiones y consecuencias dentomaxilares.

**Palabras clave:** maloclusión, succión digital



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA  
JOSE ANTONIO PAEZ UNIVERSITY  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
SCHOOL OF DENTISTRY



**RELATIONSHIP OF THE HABIT OF DIGITAL SUCTION WITH THE  
MALOCCLUSION IN CHILDREN OF THE PEDIATRIC DENTISTRY  
CLINIC OF THE JOSE ANTONIO PAEZ UNIVERSITY, 2022 2-CR**

**Authors:** Kelly Martinez, Nikol Ostos

**Tutor:** Janeth Rodriguez

**Year:** 2022

**ABSTRACT**

Malocclusion is considered an alteration in the process of bone growth of the jaws. Indeed, they have a multifactorial etiology, among which oral habits such as digital sucking stand out. Therefore, the objective is to relate the digital sucking habit with malocclusion in children treated at the pediatric dentistry clinic of the José Antonio Páez University, during the period 2022-2CR. Regarding the type of research is descriptive, field, cross-sectional and correlational, 600 children aged between 6 and 12 years were taken as a population and a sample of 30 children with intentional non-probabilistic sampling meeting inclusion criteria. The data collection technique was the survey, applying the clinical history format as an instrument, structured by nine parts, designed by the José Antonio Páez University, which, within its policies and guidelines, is applied in the Pediatric Dentistry Clinic, therefore, I do not merit submitting it to the validation or reliability process. The data handled with descriptive statistics, show that the majority of patients were in the age range between 7 and 9 years (60%) with a predominance of the female gender (63,33%), the clinical characteristic mostly reported was open bite (83,33%) followed by incisive vestibularization (46,67%), he (76,66%) sucks a single finger more frequently than the thumb (73,33%). In relation to the type of malocclusion, Class II predominated (70%); 70% of children abandoned the habit a month after the direct suggestion technique was applied. If there is a relationship between the digital suction habit with malocclusions and dentomaxillary consequences.

**Keywords:** malocclusion, digital suction

## INTRODUCCIÓN

La maloclusión, se considera como una alteración en el proceso de crecimiento óseo de los maxilares, así como en la posición de los dientes, ocasionando el inadecuado funcionamiento del aparato masticatorio y a su vez acarrea alteraciones estéticas asociadas (1). Con respecto a la clasificación de las maloclusiones, la clasificación ANGLE de ortodoncia es el sistema mayormente empleado por ortodoncistas, está se fundamenta en la relación anteroposterior entre los primeros molares permanentes superiores e inferiores. A saber, ANGLE dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III (2).

Globalmente, numerosos estudios epidemiológicos han ratificado que más del 60% de la población es susceptible a desarrollar una maloclusión (3). En efecto, las maloclusiones tienen una etiología multifactorial, destacándose factores de riesgo tanto ambientales como genéticos o hereditarios, enfatizando entre las primeras, la presencia de caries que ocasionan la pérdida prematura de dientes primarios, hábitos orales como la succión digital, dando lugar a un crecimiento y desarrollo anormal del complejo dentofacial (4).

En relación al hábito de succión digital, es una reacción involuntaria que adquieren todos los recién nacidos, siendo necesario tanto en sus necesidades psicológicas como en las nutricionales; este influye en gran medida en la oclusión según el tiempo del hábito, grado de intensidad y frecuencia, lo cual determinara el nivel de maloclusión que éste puede causar en el futuro si no se elimina (5). Dentro de esta perspectiva, la presente investigación se ejecutó con la finalidad de determinar la prevalencia del hábito de succión digital y su relación con la maloclusión en niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la universidad José Antonio Páez. II semestre año 2022. A saber, la presente investigación está estructurada por capítulos, los cuales se mencionan a continuación: Capítulo I: planteamiento del problema, Capítulo II: marco teórico, Capítulo III: marco metodológico, Capítulo IV: resultados y discusión y Capítulo V: conclusión y recomendaciones.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

En particular los hábitos orales, son acciones adquiridas, con el transcurso del tiempo pueden volverse repetitivas llegando a convertirse en un acto de acción involuntario. Cabe mencionar, que los hábitos mayormente presentados por los niños incluyen succión digital, queilofagia, onicofagia, bruxismo, autolesiones, respiración oral e interposición lingual (6). En relación a la succión digital, es un hábito tan frecuente en la infancia que en la sociedad llega a considerarse “normal”, posiblemente está presente en el 50% de los niños. Así pues, la succión digital inicia en los primeros meses de vida y suele persistir hasta los tres o cuatro años de edad o bien, extenderse incluso hasta la adultez; en esos casos el hábito es representado como un signo de ansiedad e inestabilidad (7).

A causa de la colocación del dedo pulgar sobre el paladar, facilita la protrusión dentoalveolar de los incisivos, a su vez, el apoyo de la parte dorsal del dedo sobre los incisivos inferiores induce su retro inclinación. Simultáneamente, se origina la mordida abierta anterior por intrusión o generar también mordida cruzada impedimento en la erupción fisiológica de los dientes que puede ir conducido o no por estrechamiento y alargamiento de la arcada superior, así mismo, impide el cierre labial y el labio superior comúnmente será corto y flácido (7,8).

Ahora bien, En Venezuela, el análisis epidemiológico de las patologías bucales, se ha centrado en los trastornos relacionados con la caries dental y la enfermedad periodontal. No obstante, existen otras patologías bucales, que afectan a la población, causando secuelas que pueden evitarse empleando medidas preventivas, con el objeto de restablecer la salud bucal. Tal como los hábitos bucales, específicamente la succión digital, cuya frecuencia en niños y adolescentes aumenta progresivamente y cuyo

enfoque para su diagnóstico, tratamiento clínico y epidemiológico ha sido estático. Así pues, las disfunciones neuromusculares o variaciones de tensión, dirección o posición de los músculos ante la presencia de hábitos como la succión digital, limitan el desarrollo óseo o la forma de los mismos, especialmente en niños que se encuentran en proceso de crecimiento, acarreado como consecuencia, alteraciones en el patrón de contacto entre las piezas superiores e inferiores dando lugar a las maloclusiones (9).

Cabe destacar que, según la OMS, “las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal”, representada por el 35% y 75% presentando diferencias entre sexo y edad (10). A su vez, en Santiago de Chile se realizó un estudio sobre la frecuencia de hábitos orales y su relación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares donde se obtuvo que el 66%, presentó hábito oral nocivo, del cual el 62% corresponde al hábito de succión. Por otra parte, en Cuba el hábito de succión digital se encuentra representado por el 23,07%, en Ecuador por el 21,6% y en Venezuela por el 12% respectivamente (11).

Hasta el presente, la prevención de los hábitos orales aún no ha sido posible y las técnicas comúnmente empleadas para el tratamiento y erradicación del hábito de succión digital se basa en aplicar técnicas conductuales, aplicación de aparatos ortodónticos fijos o extraíbles y terapia miofuncional (8). No obstante, desde hace un tiempo se ha estimado la posibilidad de aplicar técnicas psicológicas para suprimir los hábitos orales, como la sugestión directa (12).

## **1.2 Formulación del Problema**

Tomando en consideración el planteamiento anterior, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia actual del hábito de succión digital y su relación con la maloclusión en niños que asistan a la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Relacionar el hábito de succión digital con la maloclusión en niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2022-2CR.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Describir las características clínicas de los niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2022-2CR.
- Identificar el tipo de hábito de succión digital de los niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2022-2CR.
- Determinar el tipo de maloclusión en los pacientes con hábito de succión digital atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2022-2CR.
- Aplicar la técnica terapéutica de sugestión directa en niños con hábito de succión digital atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2022-2CR.

### **1.4 Justificación**

En tal sentido, con el objeto de justificar la investigación, los hábitos orales son comportamientos funcionales que por su persistencia en el tiempo puede conducir al desarrollo de una maloclusión acarreado como consecuencia alteraciones en el sistema estomatognático (13). Por consiguiente, la presente investigación brinda un aporte sociocultural y comunitario a la población educativa enriqueciendo y fortaleciendo las aptitudes adquiridas en la formación como profesionales, así como concientizar a los padres acerca de la importancia de detectar a tiempo un hábito oral nocivo, previniendo alteraciones en el desarrollo y crecimiento de las estructuras craneofaciales, además, disminuir cambios emocionales en los niños.

## **1.5 Limitaciones y alcances**

El alcance de la presente investigación, radica en relacionar el hábito de succión digital con la maloclusión en niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez. Así mismo, se planteó bajo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, de campo, transversal y correlacional con el objeto de contribuir a la indagación científica en las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad José Antonio Páez y la Escuela de Odontología.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes**

En relación a lo antes planteado, en Cuenca – Ecuador en 2020, desempeñaron una investigación observacional de tipo transversal y descriptiva; con el objetivo de determinar la prevalencia de los hábitos de respiración bucal, succión digital y deglución atípica y sus consecuencias dentomaxilares, en escolares de 6 a 11 años de edad, de la escuela Emilio Abad de la ciudad de Azogues. La muestra estuvo comprendida por 185 niños y la dinámica se llevó a cabo en dos etapas; la primera consistió en un examen clínico y luego la aplicación de una encuesta, para obtener tablas de frecuencias, y la interpretación adecuada de las variables del estudio, relacionando las mismas mediante la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0,05. Los resultados mostraron que el 77 % de la muestra consistió en escolares masculinos y el 78 % femenino, se evidenció la prevalencia de hábitos bucales en los niños evaluados, donde un 77,29 % presentó hábitos de respiración bucal, succión digital y deglución atípica. (14)

Por lo que se refiere a las características dentomaxilares como consecuencia del hábito de respiración bucal, se encuentran representadas por la mordida abierta (86 %), paladar profundo (71 %), gingivitis (44 %) y vestibularización incisiva (40 %). En cuanto a las consecuencias dentomaxilares dadas por el hábito de succión digital en orden de aparición de frecuencia fue vestibularización incisiva en un 64 %, seguida de mordida abierta y gingivitis con un 58 % y 28 % respectivamente. Finalmente, el hábito de deglución atípica, a diferencia de los hábitos descritos anteriormente como principal consecuencia dentomaxilar presente fue el labio hipertónico. Dichos resultados evidencian que el hábito de respiración bucal fue el más frecuente con un 26 %, y el menos predominante la succión digital con un 19 %. De igual manera, que todos los hábitos bucales reflejaron un porcentaje de consecuencias dentomaxilares, donde la

mordida abierta fue la de mayor prevalencia en los escolares de la Escuela Emilio Abad. (14)

En este contexto, en Cali – Colombia en 2020, llevaron a cabo un estudio descriptivo y de corte transversal con la finalidad de describir la presencia de hábitos orales no fisiológicos y evaluar su relación con los diferentes tipos de maloclusión. Se incluyeron 77 niños entre los 4 y 14 años en la muestra durante el periodo 2018 a 2019; seguidamente, se realizó un análisis univariado reportando frecuencia y un análisis bivariado para evaluar independencia de las variables aplicando la prueba de Chi<sup>2</sup> Pearson. La distribución según el tipo de dentición fue temporal 20,8%, mixta 71,4% y permanente 7,8%. (15)

En lo que se refiere a la prevalencia de hábitos, predominó en mujeres; la interposición lingual fue el hábito más frecuente en pacientes con los tres tipos de maloclusión, seguido del rechinamiento nocturno para pacientes con maloclusión clase I. Aquellos con mordida profunda presentaron rechinamiento nocturno en un 16% y los de mordida abierta interposición lingual en un 54,4% y la succión digital en pacientes con mordida cruzada posterior. Se encontró mayor frecuencia de hábitos orales no fisiológicos en pacientes en dentición mixta. No hubo relación estadística entre los hábitos orales y la presencia de maloclusión. (15)

De la misma manera en Villavicencio, Colombia en 2018. Se ejecuto una investigación de corte transversal, con el objeto de determinar la prevalencia del hábito de succión digital en niños de 5 a 12 años de la Institución Educativa Jorge Eliécer Gaitán Ayala en el periodo II del año 2018. En dicho estudio se seleccionaron 347 niños con un muestreo aleatorio simple en edades comprendidas entre los 5 y 12 años, se utilizó un instrumento de recolección de datos basado en la historia clínica de la Universidad Antonio Nariño para caracterizar variables a evaluar como la duración, frecuencia e intensidad, el número, dedos que succiona el niño(a) y la relación de succión digital con las maloclusiones.

Se observó una prevalencia del hábito de succión digital en el 24% de los participantes (n=85). La distribución por sexo fue 50% para sexo femenino y 50% sexo masculino. Según la edad de los participantes, el más prevalente fue la edad de los 7 años. Así

mismo, la mayoría de los participantes que presentan el hábito de succión digital, emplean exclusivamente el dedo pulgar con un 100%. Se utilizó el test de Chi cuadrado para determinar la significancia estadística con relación entre el hábito de succión digital y la maloclusión, donde se obtuvo un p valor de 0,000. La prevalencia general observada para esta investigación del hábito de succión digital fue del 24,5% de los participantes del estudio, el cual el sexo femenino fue más predisponente a presentar el hábito de succión digital que el sexo masculino, presentando un mayor pico de prevalencia entre edades comprendidas de los 6 a 10 años de edad. (16)

Así pues, en Nueva Gerona – Cuba en 2018, se realizó un estudio experimental en niños afectados por succión digital complicada para comparar la efectividad del tratamiento con la sugestión directa y la sugestión nocturna en edades comprendidas entre 7 a 11 años. La muestra estuvo formada por 20 niños de cada grupo, pertenecientes al área de salud del Policlínico “Juan Manuel Páez Inchausti”, Nueva Gerona, desde octubre 2014 a abril 2015. El interrogatorio y el examen clínico fueron los métodos empleados para su diagnóstico. Los resultados se presentaron en tablas empleando números absolutos y el por ciento. En el estudio predominó el sexo femenino con un 70,0 % y las edades más representadas fueron las de 7 y 8 años. Se logró un resultado superior en el tratamiento con la sugestión nocturna 70,0 % con respecto al 30,0 % de la sugestión directa. Se concluye que el tratamiento sugestivo nocturno resultó de mayor utilidad, aunque se pueden complementar ambos métodos. (17)

## **2.2 Bases Teóricas**

### **Maloclusión y tipos**

En tal sentido, se entiende por maloclusión dental es la errónea alineación de los dientes, el paciente presenta una discrepancia de tamaño entre maxilares o entre mandíbula y diente; cuando esto ocurre, las piezas dentales superiores no encajan en la mordida de manera adecuada con las inferiores. Con respecto a los tipos de maloclusión, se denominan como: maloclusiones transversales, consiste en una estrechez excesiva del maxilar superior, ocasionando una mordida cruzada de un lado o de ambos. (18)

Por su parte, las maloclusiones verticales, tienen lugar por la ausencia de contacto entre los incisivos superiores e inferiores o, en caso opuesto, un solapamiento excesivo de estos. En cuanto a las maloclusiones sagitales, se clasifican según las relaciones de los molares permanentes en sentido anteroposterior; el molar inferior se encuentra más adelantado que el superior, con una mordida invertida de los incisivos, por tal motivo el paciente adquiere un perfil con mentón prominente. (18)

### **Clasificación de ANGLE**

ANGLE, basado en estudios de cráneos e individuos vivos, logró establecer los principios de oclusión que fueron adoptados, inicialmente, por los protesistas; él consideraba que lo fundamental era la oclusión dentaria y que los huesos, músculos y ATM se adaptaban a la posición y relación oclusiva. Posteriormente, observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. (19)

Por tanto, en 1.899, fundándose en esa idea, creo un esquema bastante simple y universalmente aceptado, para la cual introdujo el término "Clase" para designarlas distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial.(19) De este modo, dicha clasificación se fundamenta en la relación anteroposterior entre los primeros molares permanentes superiores e inferiores.(02)

A saber, se entiende por oclusión Clase I, cuando la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye con el surco bucal del primer molar inferior. Por consiguiente, puede ser dividida adicionalmente en oclusión normal y maloclusión; ambos subtipos tienen la misma relación molar pero esta última también está caracterizada por apiñamiento, rotaciones u otras irregularidades posicionales. (20)

Con respecto a la oclusión Clase II, se da cuando la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye anterior al surco bucal del primer molar inferior. Debe señalarse que esta clase se desglosa en dos subtipos; ambos presentan una relación molar Clase

II, pero la diferencia radica en la posición de los incisivos superiores, entendiéndose por la división 1 que, los incisivos superiores están inclinados labialmente, creando una sobremordida horizontal significativa. Por el contrario, en la división 2, los incisivos centrales superiores están inclinados lingualmente y los incisivos laterales están labialmente inclinados. (20)

Acerca de la maloclusión Clase III, la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye más posterior que el surco bucal del primer molar inferior. Así mismo, existen tres clases de ANGLE de ortodoncia para clasificar las maloclusiones apoyadas en las relaciones oclusales de los primeros molares:

- Clase I de ANGLE: hay una relación molar normal, pero la línea de oclusión aparece inexacta a causa de dientes en mala posición dentro de las respectivas arcadas, bien sea por anomalías en las relaciones verticales y transversales o por, desviación sagital de los incisivos. (20)
- Clase II de ANGLE: el molar inferior se encuentra situado distalmente respecto de la relación molar normal, la línea de oclusión puede aparecer correcta o incorrecta. A su vez coexisten las siguientes divisiones de ortodoncia en la maloclusión de Clase II:
  - Clase II división 1: Cuando los incisivos maxilares están inclinados hacia vestibular y existe un aumento del resalte.
  - Clase II división 2: Cuando los incisivos superiores se encuentran inclinados hacia palatino, pudiendo lugar a apiñamiento en la zona de incisivos laterales y caninos de la arcada superior.

No obstante, el alineamiento de la zona incisiva de la arcada maxilar puede variar considerablemente, y no es infrecuente encontrar una inclinación a vestibular de los incisivos laterales superiores junto a la típica inclinación hacia palatino de los centrales. Generalmente se acompaña de un aumento de la sobremordida, cuando la relación de Clase II se produce sólo en un lado de la arcada dentaria, la unilateralidad se refiere como subdivisión derecha o subdivisión izquierda de su división. Por otra parte, la Clase II puede ser completa cuando la relación molar distal es de una cúspide entera, o incompleta si es de menos de una cúspide. (20)

- Clase III de ANGLE: el molar inferior se encuentra situado mesialmente respecto de la relación molar normal, la línea de oclusión puede aparecer correcta o incorrecta. Además, puede hablarse también de subdivisión en caso de que esté afectado solamente uno de los lados, completa cuando la relación molar mesial es de una cúspide entera, o incompleta si es de menos de una cúspide. De igual manera, la relación incisiva puede y suele estar invertida, con los incisivos superiores ocluyendo por palatino de los inferiores. (20)

### **Causas de la maloclusión**

Dentro de este marco, las maloclusiones pueden ser originadas por diversos factores etiológicos, englobados por la herencia, ya que es común, que cierto tipo de malposición dental se repita de manera sucesiva en determinadas familias. También, factores adquiridos que afectan en el desarrollo de la maloclusión, mencionando la presencia de hábitos de succión, como por ejemplo la lactancia materna o chupete prolongado y la succión del dedo. Del mismo modo, la presencia de hábitos anómalos como la deglución atípica, interposición de lengua o labio y la respiración oral asociada a una hipertrofia adenoamigdalar o rinitis alérgica. (21)

Por otro lado, existen otras causas locales que pueden ocasionar maloclusión, entre ellas la pérdida de dientes temporales prematuramente, ya sea ocasionada por caries o por traumatismos. Además de, la falta de piezas dentarias en la boca por ausencia de formación de éstas (agenesia), por fallo eruptivo a causa de dientes supernumerarios o por un error en la guía eruptiva del diente que las rodean. (21)

### **Succión digital**

Es uno de los hábitos orales deformantes más frecuentes en el niño, capaz de provocar grandes anomalías dentomaxilofaciales, alteraciones en la función masticatoria, en la psiquis y del estado de salud general. Cabe destacar, que la succión del pulgar es la representación más común, aunque se pueden encontrar casos de succión de otros dedos y en una variada gama de posiciones. De tal manera, este hábito consiste en la introducción de uno o más dedos de una de las manos del niño dentro de la cavidad oral, y que se realiza usualmente con la yema o pulpejo del dedo apoyado sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual o palatina de los incisivos

superiores. La colocación del dedo entre las arcadas las mantiene separadas y la lengua se mantiene en contacto presionando durante el acto de succión, reforzando la acción de este. (22)

La succión podría explicarse en 3 etapas:

- **Etapa I:** el hábito de succión se considera normal o no significativo, desde el punto de vista clínico; puede presentarse en el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad. Es frecuente en la mayoría de los niños, en especial cuando están en el proceso del destete y suele revertirse de forma natural.
- **Etapa II:** en esta etapa se considera clínicamente significativo, ya que el hábito persiste hasta los 6 o 7 años de edad; constituye un cuadro posible de ansiedad clínicamente significativa. En este punto, deben tomarse medidas terapéuticas para tratar y corregir los problemas dentarios relacionados con la succión digital.
- **Etapa III:** cuando la succión no es tratada a tiempo y persiste después del cuarto año de vida, es un indicativo de que el hábito este asociado a otros problemas, además de una simple maloclusión; ameritando no solo tratamientos ortodónticos, sino también psicológico. (23)

#### **Efectos bucales del hábito de succión digital:**

1. Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
2. Retroinclinación de los incisivos inferiores.
3. Mordida abierta anterior.
4. Prognatismo alveolar superior.
5. Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
6. Mordida cruzada posterior.
7. Dimensión vertical aumentada. (23)

#### **Tipos de hábitos de succión**

- **Succión del pulgar:** Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión

negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

- **Succión del dedo índice:** Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- **Succión del dedo índice y medio:** Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- **Succión del dedo medio y anular:** Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o Retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.
- **Succión de varios dedos:** Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión. (23)

### **Etiología del hábito de succión digital**

Bajo este contexto, la etiología de este hábito es multifactorial e incluye factores genéticos y ambientales de este modo, se presenta la perpetuación de un reflejo de succión no resuelto. Evidentemente, la succión del pulgar está muchas veces relacionada con la adherencia a otro tipo de objetos, como la cobija, los peluches y con la ausencia de un adecuado proceso de lactancia. Además, ha sido asociado con un desbalance psicológico que constituye una forma errónea de solucionar problemas, y está relacionado con estados de ansiedad e inestabilidad emocional. (24)

### **Psicoterapia**

Según la Asociación Americana de Psicología (APA), la psicoterapia se entiende como un tratamiento de colaboración entre un individuo y un psicólogo, donde el psicólogo utiliza procedimientos científicamente validados para ayudar a las personas a desarrollar hábitos más saludables y más efectivos. Es decir, son tratamientos que pueden ayudar a solucionar problemas emocionales y algunos trastornos psiquiátricos, mediante el uso de técnicas verbales psicológicas. (25)

## **Sugestión**

Es un método psicológico que permite la manipulación mental de otras personas mediante una serie de técnicas, otras personas, medios de comunicación o todo tipo de agentes como la música o los libros, con la finalidad de orientar o conducir las ideas, emociones o conductas de las personas. Cabe destacar que, existe diversidad de métodos que pueden llegar a la sugestión en una persona. Uno de ellos es a través de la sugestión directa, también llamada como autoritaria, en este tipo de sugestión se le indica directamente a la persona lo que se pretende que experimente. Por ejemplo: “nota como tus párpados se vuelven cada vez más y más pesados”. (26)

Durante estos últimos años se ha evaluado el impacto de los métodos psicológicos como tratamiento para suprimir los hábitos deformantes bucales como el hábito de succión digital. Mediante la sugestión directa, se utiliza el método verbal para explicar al niño los problemas que le ocasiona el hábito; la dinámica de grupo es una técnica participativa al alcance de todos, donde varios niños son estimulados a través de juegos, dibujos, cuentos y canciones que promueven el convencimiento y hacen más real nuestras palabras. (27)

Es fundamental, la cooperación de los padres, pues son la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito mediante la motivación y el poder de persuasión que tienen sobre el niño. Es necesario mencionar que, el odontólogo tiene la responsabilidad y la oportunidad de ayudar a superar los problemas que estos hábitos acarrearán y contribuir positivamente a disminuir la carga psicológica negativa que ejerce el medio ambiente familiar desinformado. (27)

## 2.3 Bases Legales

Según la Legislación Venezolana señala los siguientes artículos de la Constitución Bolivariana de Venezuela. (28)

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”. (28)

Por su parte, la Ley Orgánica de la Salud, Capítulo III dirigido a la atención médica en el artículo 29 establece: El primer nivel de atención médica estará a cargo del personal de ciencias de la salud, y se prestará con una dotación básica. Dicho nivel cumplirá acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria, sin distinción de edad, sexo o motivo de consulta. (29)

En cuanto a la Ley del Ejercicio de la Odontología, en el Capítulo I del ejercicio de la odontología define en el Artículo 2. al ejercicio de la odontología como la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley su Reglamento. (30)

Código De Deontología Odontológico. Capítulo Tercero, de la Investigación en Seres Humanos

Artículo 100º: La investigación en niños se limitará preferiblemente a las enfermedades propias de la infancia y de aquellas condiciones a las cuales los niños son particularmente susceptibles. Se considera imprescindible el consentimiento de los

padres o representantes legales, dado por escrito, luego de pormenorizada explicación de los objetivos de la investigación y de los riesgos o molestias. (31)

#### De los Deberes Generales de los Odontólogos

Artículo 1º: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo. (31)

Artículo 2º: El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida. (31)

#### De los Deberes hacia los Pacientes

Artículo 17º: El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan. (31)

Artículo 18º: El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional. (31)

Artículo 19º: Si el Odontólogo tuviera dudas en el diagnóstico o tratamiento de algún caso, estará en la obligación de hacer todas las consultas a que hubiere lugar con sus colegas (especialistas o no) y con otros profesionales de las ciencias de la salud. (31)

Artículo 20º: La conducta del Odontólogo debe ajustarse siempre por encima de cualquier otra consideración a normas de probidad, dignidad, honradez y serenidad. (31)

### Título III. Capítulo Primero, del Secreto Profesional.

Artículo 51º: El Secreto Profesional es un deber inherente a la esencia misma de la profesión. Se establece para la seguridad de los pacientes, el honor y la responsabilidad del Profesional de la Odontología y la dignidad de la ciencia. El Profesional de la Odontología y todo el personal de auxiliares están en la obligación de conservar como secreto todo lo lícito que vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión. El secreto puede ser explícito o textualmente confiado por el paciente, y también implícito como consecuencia de las relaciones con pacientes. En ambos casos ha de ser inviolable, salvo en las circunstancias señaladas por la Ley. (31)

Según la Declaración De Helsinki De La Amm – Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. (32)

Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según la pauta I, acerca del valor social, científico y respeto de los derechos expone:

La justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico: la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas. Los pacientes, profesionales de la salud, investigadores, formuladores de políticas, funcionarios de salud pública, empresas farmacéuticas y otros confían en los resultados de las investigaciones para llevar a cabo actividades y tomar decisiones que repercutirán sobre la salud individual y pública, así como sobre el bienestar social y el

uso de recursos limitados. Por consiguiente, los investigadores, patrocinadores, comités de ética de la investigación y autoridades de salud deben asegurarse de que los estudios propuestos tengan solidez científica, tengan de base un conocimiento previo adecuado y puedan generar información valiosa. (33)

En lo que respecta a la pauta XVII en correspondencia a la investigación con niños y adolescentes muestra que antes de emprender una investigación en la que participarán niños y adolescentes, el investigador y el comité de ética de la investigación deben asegurarse de que: uno de los padres del niño o el adolescente o un representante legalmente autorizado haya dado permiso para su participación; y se haya obtenido el acuerdo (asentimiento) del niño o el adolescente conforme a su capacidad para hacerlo, después de haber recibido la debida información sobre la investigación adaptada a su nivel de madurez. (33)

#### 2.4 Cuadro metodológico

<b>Objetivo de la investigación</b>	<b>Relacionar el hábito de succión digital con la maloclusión en niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2022-2CR.</b>				
<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Subdimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Ítems</b>
Hábitos orales	Succión Digital	Dedo o dedos que succiona el niño	Frecuencia e Intensidad	Historia clínica	Anamnesis
Características Clínicas	Alteraciones en dedos, cara, órgano dentario y arcadas dentarias	Tamaño y Forma	Tamaño de dedos, dientes, y cara. Forma del perfil, cabeza y cara del paciente. Forma de arcadas.	Historia clínica	Examen físico general
Maloclusión	Oclusión y maloclusión	Oclusión I, Oclusión II, Maloclusión III	Clasificación de ANGLE	Historia clínica	Análisis de la oclusión

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo, Diseño y Nivel de Investigación**

A título ilustrado, la presente investigación se planteó bajo un enfoque cuantitativo que representa procesos metódicos y empíricos con el objeto de generar conocimiento, con un nivel descriptivo. En lo que respecta al tipo de investigación es descriptivo, de campo, transversal y correlacional, ya que se recolectó información con el fin de caracterizar el perfil de una comunidad y a su vez, evaluar la relación de dos o más variables en un tiempo específico. Por su parte, el diseño es no experimental, lo que permitió relacionar el hábito de succión digital con la maloclusión en niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2022-2CR.

### **3.2 Población y Muestra**

Con respecto a la población, se entiende como un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones y la muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Así pues, en esta investigación se tomó como población 600 niños en edades comprendidas entre 6 y 12 años y una muestra de 30 niños atendidos en la Clínicas de Odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez 2022-2CR. Los cuáles fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico cumpliendo criterios de inclusión (niños entre el rango de edad establecido, con hábito de succión digital), entendiéndose como las variables o características que deben portar los posibles pacientes para considerar su participación en la investigación.

### **3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

A saber, recolectar los datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico. En este contexto, como técnica de recolección de datos se tomó la encuesta, aplicando como instrumento el formato de historia clínica, estructurado por nueve partes: I) Identificación del paciente, II) Odontodiagrama, III) Antecedentes familiares y odontológicos, IV) Examen extraoral, V) Examen intraoral, VI) Tipo de succión digital, VII) Análisis de la oclusión VIII) Diagnostico, IX) Tratamiento. Conformadas por preguntas abiertas y cerradas con especificaciones particulares, diseñado por la Universidad José Antonio Páez el cual, dentro de sus políticas y lineamientos se aplica en la Clínica de Odontopediatría, por tanto, no amerita someterlo al proceso de validación ni confiabilidad.

### **3.4 Procedimiento**

Previo a la evaluación clínica se le pidió al representante los permisos pertinentes mediante el consentimiento informado de la institución universitaria. Seguidamente, se llevó a cabo el examen clínico, que consistió en la exploración tanto física como intraoral, con las debidas normas de bioseguridad; durante el mismo, se le solicitó al niño abrir la boca para observar la presencia de algunas características dentomaxilar como mordida abierta, paladar profundo, vestibularización, labio hipertónico, gingivitis y apiñamiento, así como también el tipo de maloclusión, lo cual se registró en el formulario. Posteriormente, se les aplicó la técnica de sugestión directa que consistió en explicarle tanto a los niños como representantes de los mismos, las consecuencias que acarrea el hábito de succión digital mediante videos y charlas educativas, con el objeto de concientizar y orientar a los padres la mejor manera para eliminar o disminuir el hábito. De tal manera, se incentivó a los niños a ir minimizando el hábito mediante el llenado de un calendario, planteando que los días que no realizara el hábito recibiría una estrella como recompensa.

En este apartado, se requirió de recursos humanos, a saber: odontopediatras adscritos y estudiantes cursantes de las Clínicas de Odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez. En cuanto a los recursos materiales, fue necesario la disponibilidad de los equipos e instalaciones de las Clínicas de Odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez. Así como también, traje de bioseguridad, guantes de látex, triada, torundas de algodón, unidad odontológica, historia clínica y lápiz bicolor.

### **3.5 Técnica de Análisis de Resultados**

Dentro de esta perspectiva, los datos recolectados fueron procesados en términos de estadística descriptiva y representados en frecuencia absoluta y relativa. De allí, se procedió a diseñar cuadros y tablas con ayuda del programa Excel 2016, determinando la cantidad y porcentaje de las variables en estudio, posteriormente interpretar y discutir los resultados de la investigación, derivando las conclusiones entre los resultados obtenidos, teóricos y a fin de dar respuesta a los objetivos de la investigación.

## CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS

**Tabla 1. Aspectos epidemiológicos de los niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, 2022-2CR. Municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.**

VARIABLE		FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
EDAD	6 ANOS	1	3,33	3	10,00	4	13,33
	7 a 9 ANOS	14	46,67	4	13,33	18	60,00
	10 a 12 ANOS	4	13,33	4	13,33	8	26,67
TOTAL		19	63,33		36,67	30	100,00

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR

**Tabla 2. Características clínicas de los niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, 2022-2CR. Municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.**

VARIABLE		PRESENCIA		AUSENCIA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	MORDIDA ABIERTA	25	83,33	5	16,67	30	100
	MORDIDA CRUZADA	2	6,67	28	93,33	30	100
	PALADAR PROFUNDO	13	43,33	17	56,67	30	100
	VESTIBULARIZACION INCISIVA	14	46,67	16	53,33	30	100
	LABIO HIPERTONICO	4	13,33	26	86,67	30	100
	GINGIVITIS	3	10,00	27	90,00	30	100
	APINAMIENTO	15	50,00	15	50,00	30	100

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR

**Tabla 3 Tipo de hábito de succión digital de los niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, 2022-2CR. Municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.**

VARIABLE		1		2		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
DEDO QUE CHUPA	PULGAR	22	73,33	3	10,00	25	83,33
	INDICE	1	3,33	2	6,67	3	10,00
	MEDIO	0	0,00	2	6,67	2	6,67
	ANULAR	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	MENIQUE	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL		23	76,67	7	23,33	30	100,00

Fuente: datos de la investigación 2022-2CR

**Tabla 4. Tipo de maloclusión en los pacientes con hábito de succión digital atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, 2022-2CR. Municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.**

VARIABLES		N	%
TIPO DE MALOCLUSION	CLASE I	9	30,00
	CLASE II	21	70,00
	CLASE III	0	0,00
TOTAL		30	100,00

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR

**Tabla 5. Succionadores digitales que abandonaron el hábito al mes, según edad atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, 2022-2CR. Municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela.**

VARIABLES		ABANDONO		NO ABANDONO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
EDAD (AÑOS)	6	4	13,33	0	0,00	4	13,33
	7	1	3,33	3	10,00	4	13,33
	8	3	10,00	0	0,00	3	10,00
	9	7	23,33	4	13,33	11	36,67
	10	2	6,67	2	6,67	4	13,33
	11	2	6,67	0	0,00	2	6,67
	12	2	6,67	0	0,00	2	6,67
<b>TOTAL</b>		<b>21</b>	<b>70,00</b>	<b>9</b>	<b>30,00</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Fuente: datos de la investigación. 2022-2CR

## 4.2 DISCUSION

Dentro de las variables en estudio y en atención al objetivo general del estudio, se pretende relacionar el hábito de succión digital con la maloclusión en niños atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad José Antonio Páez, 2022-2CR. municipio San Diego, estado Carabobo, Venezuela. Bajo este enfoque, la tabla 1, evidencia la descripción de los aspectos epidemiológicos de 30 niños, de los cuales el 60% corresponde al grupo de edad entre 7 y 9 años, seguido de 26,67% representando el grupo de 10 a 12 años y en una minoría, niños de 6 años 13,33%. en lo que respecta al género, predominó en un 63,33% el sexo femenino y el masculino en un 36,67% respectivamente.

Por su parte la tabla 2, manifiesta las características clínicas más frecuentes en niños con succión digital, a saber, el 83,33% presentaron mordida abierta, seguido del apiñamiento en un 50% y vestibularización incisiva en un 46,67%. en contraparte, las características clínicas menos reportadas fueron mordida cruzada en un 9,33%, gingivitis 9,0% y labio hipertónico 8,67%. Al respecto, se observa que es más frecuente el hábito de succión digital en niñas de 7 y 9 años deduciendo que estas tienen un índice menor de seguridad y confianza en sí mismas en comparación a los niños.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Crespo y colaboradores, quienes al evaluar la prevalencia de hábitos orales y sus consecuencias dentomaxilares encontraron que la población mayormente afectada estuvo comprendida en edades de 8-9 años con un 39,86 %. Por otra parte, en relación a las características clínicas reportadas por estos autores, el labio hipertónico fue la característica no encontrada en los adolescentes estudiados; presentando las consecuencias dentomaxilares del hábito de succión digital en orden de aparición de frecuencia fue: vestibularización incisiva en un 64 %, seguida de mordida abierta y gingivitis con un 58 % y 28 % respectivamente.

Así mismo, en la investigación de Peña y colaboradores, donde la mayoría de los participantes se ubicó en la edad de 7 años representado por el 21,6%, con un porcentaje

menor del 4,3% el cual corresponde al grupo de 12 años, por lo tanto, fue el porcentaje con respecto a la edad más bajo dicha investigación. En cuanto a las características clínicas, de 85 participantes de la investigación que presentaron el hábito de succión digital solo tres presentaron maloclusiones combinadas entre mordida cruzada anterior y mordida borde a borde anterior con un 0,9%

Con el objeto de identificar el tipo de hábito de succión digital la table 3 refleja lo siguiente, el 83,33% de los niños chupa el dedo pulgar, seguido del dedo índice 10% y en una menor proporción 6,67% el dedo medio. En cuanto al número de dedos que succionan el 76,67% de los niños atendidos solo chupan un dedo, solo una minoría 23,33% chupa dos dedos. Estos resultados concuerdan con los de Peña y colaboradores, quienes en su investigación observaron que la gran mayoría de los participantes que presentaron el hábito de succión digital, emplearon exclusivamente el dedo pulgar con un 100%.

Ahora bien, con motivo de determinar el tipo de maloclusión en los pacientes con succión digital, la tabla 4 evidencia que el 70% de niños presentaron maloclusión Clase II seguido por el 30% con maloclusión Clase I según la clasificación de ANGLE. Estos resultados son contrarios a los reportados por Mora y colaboradores, donde el 6% de niños succionadores presentaron maloclusiones Clase I y Clase II representadas por el 3% cada una.

Con respecto al abandono del hábito de succión digital mediante la aplicación de la técnica de sugestión directa la tabla 6 expone que el 70% de los niños abandonaron el hábito al mes del tratamiento, obteniendo una mayor respuesta y colaboración por parte de los niños de 9 (36,67 %) y niños de 6 (13,33%). Solo el 30% no logro abandonar el hábito. Estos resultados son similares a los de Martínez y colaboradores, donde el 70,0% de los niños tratados por esta técnica en edades de 7 y 8 años fueron las de mejores resultados.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

Los hábitos orales anómalos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. En tal sentido, la succión digital tiene una prevalencia mucho menor, pero a pesar de ser menor frecuente persiste más en el tiempo y es más difícil de dejar. Bajo este enfoque, en la presente investigación, la mayoría de los pacientes presentaron dentición mixta, el sexo femenino fue más predisponente a presentar el hábito de succión digital que el sexo masculino, presentando un mayor pico de prevalencia entre edades comprendidas de los 7 a 9 años de edad.

De igual forma, los niños succionadores, el 83,33% emplean exclusivamente el dedo pulgar, en relación a la consecuencia dentomaxilar de mayor frecuencia fue la mordida abierta, seguido de la vestibularización incisiva. Así mismo, se encontró relación significativa del hábito de succión digital y la maloclusión dental siendo el tipo de maloclusión mayormente reportado la clase II. Esto es debido a que cuando ocurre la erupción de la dentición temporal sucede un cambio en el patrón deglutorio y es a partir de, aproximadamente, los cuatro años de edad cuando la persistencia de los hábitos nocivos influye más negativamente en el desarrollo originando maloclusiones y consecuencias dentofaciales. A su vez, cuando la succión digital persiste más allá de los cuatro años, se considera como un signo de inestabilidad o ansiedad, o un deseo de llamar la atención, que pueden tener repercusiones también en el entorno social del niño pudiendo interferir en su desarrollo ya que puede ocasionar que el menor sea objeto de burlas, críticas, rechazo o incluso castigos.

No obstante, si la succión de dedo se elimina o se trata alrededor de los 6 años de edad o con la erupción de los incisivos, las alteraciones producidas por este hábito en las estructuras dentofaciales podrán ser reversible, pero a su vez si no es tratado, las alteraciones podrán llegar a ser irreversibles. En efecto, se evidencio que la técnica de sugestión directa, es una técnica efectiva para erradicar el hábito aun cuando existen pocas referencias sobre la aplicación de técnicas psicoterapéuticas en los hábitos bucales deformantes.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

Se sugiere ejecutar actividades de promoción de salud para de esta manera lograr informar a los padres, a través de charlas, dinámicas y talleres, con el fin de prevenir o evitar la aparición de un hábito oral, o en su defecto impedir el avance del mismo, y que de esta manera no se genere una alteración perjudicial en la dentición temporal y permanente. Así como también, la continua indagación sobre las técnicas psicoterapéuticas para la eliminación del hábito, evitando tratamientos invasivos. De modo accesorio, se recomienda consultar con un médico en psicología ya que los hábitos orales son asociados con disturbios emocionales y psicológicos que pueden ser identificados por el especialista, para lograr su detección y corrección a tiempo. Del mismo modo, aplicar el reforzamiento positivo, para subir la autoestima del niño, recurriendo a un premio por cada periodo de tiempo que sea capaz de estar sin succionarse el dedo, hasta que al final sea recompensado por dicho logro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. En familia, Asociación Española de Pediatría, 2021. Definición de maloclusión. Disponible: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/maloclusiones-en-ninos-ortodoncia#:~:text=Se%20trata%20de%20una%20alteraci%C3%B3n,muchas%20ocasiones%20alteraciones%20est%C3%A1ticas%20asociadas>
2. Odontólogos.mx, 2017. clasificación de Angle. Disponible: <https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/2630/clasificacion-angle>
3. Sánchez D. Pascual, del Cojo M. Bruna, Prado Simón L, Arias Macías C. (2021). Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle en una población universitaria. *Cient. Dent.* 2021; 18; 1; 15-20. España, Madrid. Disponible: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol18num1/2prevalencia.pdf>
4. Medina A., Crespo O., Silva L. (2010). Factores de riesgo asociados a maloclusión en pacientes pediátricos. *Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 48 N° 2 / 2010.* Venezuela. Disponible: [https://www.researchgate.net/publication/235986995\\_FACTORES\\_DE\\_RIESGO\\_ASOCIADOS\\_A\\_MALOCLUSION\\_EN\\_PACIENTES\\_PEDIATRICOS](https://www.researchgate.net/publication/235986995_FACTORES_DE_RIESGO_ASOCIADOS_A_MALOCLUSION_EN_PACIENTES_PEDIATRICOS)
5. Kaori FurukiHatta. (2010). Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. *Revista Medicina - Universidad Católica de Santiago de Guayaquil - Facultad de Ciencias Médicas*, 2010. Definición hábito de succión. Disponible: <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/100>
6. Narváez Sierra María Fernanda, Muñoz Eraso Yolima Alicia, Villota Bravo Carlos David, Mafla Chamorro Ana Cristina. (2010). Hábitos

orales en niños de 6-10 años de la escuela itsin de san juan de pasto. Univ. Salud vol.12 no.1 Pasto Jan. /Dec. 2010. Colombia. Definición de hábitos orales. Disponible:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072010000100004#:~:text=Los%20h%C3%A1bitos%20orales%2C%20son%20acciones%20repetitivas%20y%20con%20cada%20repetici%C3%B3n,respiraci%C3%B3n%20oral%20e%20interposici%C3%B3n%20lingual](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100004#:~:text=Los%20h%C3%A1bitos%20orales%2C%20son%20acciones%20repetitivas%20y%20con%20cada%20repetici%C3%B3n,respiraci%C3%B3n%20oral%20e%20interposici%C3%B3n%20lingual)

7. Morales Jiménez Luis Fernando. Hábito de succión digital y maloclusiones asociadas. Gaceta dental. 17/03/2009. Etiología de la succión digital y consecuencias. Disponible: <https://gacetadental.com/2009/03/hbito-de-succin-digital-y-maloclusiones-asociadas-31358/>
8. Navas García Claudia. Hábitos orales. Fundación valle del Lili. Carta de la salud. Número 189. Febrero 2012. Efectos de succión digital. Disponible: <https://valledellili.org/wp-content/uploads/2018/03/pdf-189-cartadelasalud-febrero2012-1.pdf>
9. Vega Alcira, Yáñez Linda, Urdaneta Marianne y Villalobos Judith. (2006). Hábito de succión digital del pulgar y comportamiento del sistema estomatognático según biotipo facial. Ciencia Odontológica Vol. 3 N° 2 Pág. 100 - 105 ISSN 1317-8245 / Depósito legal PP. 200402ZU1595 (Julio-diciembre 2006).
10. Dr. Moreno Arias Adrián, Dra. Sáez Luna Maira E., Dra. Sotolongo Chacón Leisy, Dra. Alegret Rodríguez Milagros. (2016). Validación de un índice para determinar la necesidad y la prioridad del tratamiento ortodóncico. Acta Médica del Centro / Vol. 10 No. 2, 2016. Epidemiología de maloclusión según OMS. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2016/mec162f.pdf>

11. International journal of odontostomatology, versión On-line ISSN 0718-381X, Int. J. Odontostomat. vol.12 no.2 Temuco jun. 2018, epidemiología mundial y nacional del hábito de succión. Disponible: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718381X2018000200188>
12. Dra. Martínez Yaima Pupo, Dra. Leyva Guerrero María Antonia, Lic. Zaldivar Carmenate Leonides. (2017). Tratamiento de la succión digital complicada a través de técnicas de sugestión. Nueva Gerona. Octubre 2014 - abril 2015. Revista de medicina Isla de la Juventud. Vol. 18, No. 2 (2017). Sugestión directa y nocturna como tratamiento. Disponible: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/167/293>
13. Pipa Vallejo A, Cuerpo García de los Reyes P, López-Arranz Monje E, González García M, Pipa Muñoz I, Acevedo Prado A. (2011). Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Avances en odontoestomatología. Vol. 27 - Núm. 3 – 2011. Definición de hábitos orales nocivos. Disponible: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n3/original3.pdf>
14. Crespo Crespo, Cristina Mercedes y col. (2020). Prevalencia de hábitos orales y sus consecuencias dentomaxilares en escolares. Artículo de Investigación. Revista Killkana Salud y Bienestar. Vol. 4, No. 2, pp. 1-6, mayo-agosto, 2020. p-ISSN 2528-8016 / e-ISSN 2588-0640. Universidad Católica de Cuenca
15. Mora Zuluaga NJ, Torres Trujillo K, Aragón N, Soto Llanos L. (2020). Presencia de hábitos orales en pacientes con maloclusiones de 4 a 14 años, Cali, Colombia. Revista Nacional de Odontología. (2020); 16(2), 1-12. doi: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2020.02.04>
16. Yolvy Zulenny Peña Ayala, Jennifer Avila Bastos, Leisa Raquel Murcia Coca. (2018). Prevalencia del hábito de succión digital y su relación con la maloclusión en niños de 5 a 12 años de la institución educativa Jorge Eliécer Gaitán ayala en el periodo II del año 2018. Trabajo de grado.

Universidad Antonio Nariño facultad de odontología Villavicencio meta 2018.

17. Dra. Pupo Martínez Yaima, Dra. Leyva Guerrero María Antonia, Lic. Zaldivar Carmenate Leonides. (2017). Tratamiento de la succión digital complicada a través de técnicas de sugestión. Nueva Gerona. Octubre 2014 - abril 2015. REMIJ 2017;18(2)
18. Top doctor España. Definición de maloclusión y tipos. Disponible <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/malocclusion-dental#>
19. Di Santi de Modano Juana, Vázquez Victoria Blanca. (2003). Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. 2003. Disponible: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-8/>
20. Portal odontólogos.mx. clasificación de angle. Disponible: <https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/2630/clasificacion-angle>
21. Faros. Causas de maloclusión. Disponible: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/causas-malocclusion-prevencion-tratamiento>
22. Parra Iraola Sandra Susana, Zambrano Mendoza Andrea Gissela. (2018). Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. Int. J. Odontostomat., 12(2):188-193, 2018. Definición de succion digital
23. González María Fernanda, Guida Gianfranco, Herrera Diana, Quirós Oscar. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. 2012
24. Delgado Coronel Katherine. García Jácome Heidy. (2019). Efectos causados por el hábito de succión digital en etapa infantil. Revista Científica “Especialidades Odontológicas UG”. 2019.2.1 Órgano oficial

de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.  
2019

25. Actualidad en psicología. Definición de psicoterapia. Disponible:  
<https://www.actualidadenpsicologia.com/psicoterapia-definicion-caracteristicas-ti>
26. TV Perú. Definición de sugestión. Disponible:  
<https://www.tvperu.gob.pe/novedades/la-neurona-reina/que-es-la-sugestion-y-que-tipos-existen#:~:text=Sugesti%C3%B3n%20directa%20%3A%20Conocidas%20tambi%C3%A9n%20como,vez%20m%C3%A1s%20y%20m%C3%A1s%20pesados%E2%80%9D>
27. Corrales León Arlene Liset, Yairis Duque Alberro Danilo, Serrano Fernández Marielys, González Hernández Alyaganna, Herrera Alonso. (2014). La sugestión en una etapa del sueño para el tratamiento de hábitos bucales deformantes. Rev Ciencias Médicas vol.18 no.6 Pinar del Río nov.-dic. 2014
28. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 de fecha 30 de diciembre de 1.999. Disponible:  
[https://www.oas.org/dil/esp/constitucion\\_venezuela.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf)
29. Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.263 Extraordinario de fecha 17 de septiembre de 1998. Disponible: <https://pandectasdigital.blogspot.com/2016/07/ley-organica-de-salud.html>
30. Ley del ejercicio de la odontología. Disponible:  
<https://www.elcov.org/ley1.htm#:~:text=Art%C3%ADculo%202.%3A%20Se%20entiende%20por,que%20la%20limitan%20o%20comprenden.>
31. Código de Deontología Odontológica. Disponible:  
<https://www.elcov.org/ley2.htm>
32. Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki de la amm – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

2022. Disponible: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

33. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017. Disponible: [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)

## ANEXOS

### Anexo 1. Examen intraoral.



Fuente: Martínez y Ostos 2022.

### Anexo 2. Examen extraoral.



Fuente; Martínez y Ostos 2022.

### Anexo 3. Aplicación técnica de sugestión directa.



Fuente: Martínez y Ostos 2022.