

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
COORDINACIÓN GENERAL DE  
PROCESOS DE GRADUACIÓN**



**HÁBITOS ORALES DE SUCCIÓN Y TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN LOS  
PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE ODONTOLOGÍA INFANTIL Y  
ORTODONCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORES:  
SARA MARLENE CARRILLO LÓPEZ  
CLAUDIA ELENA ESCOBAR LOZANO  
ADRIANA MARÍA TEXIN SEGURA**

**DOCENTE DIRECTOR:  
DR. DOUGLAS OSWALDO ESCOBAR OSEGUEDA**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, DICIEMBRE 2006.**

## **AUTORIDADES**

Dra. María Isabel Rodríguez  
**Rectora de la Universidad de El Salvador**

Ing. Agr. Joaquín Orlando Machuca  
**Vice - Rector Académico**

Dra. Carmen Elizabeth Rodríguez de Rivas  
**Vice – Rectora Administrativa**

Dr. Oscar Rubén Coto Dimas  
**Decano de la Facultad de Odontología**

Dr. Guillermo Alfonso Aguirre Escobar  
**Vice – Decano de la Facultad de Odontología**

Dra. Vilma Victoria González de Velásquez  
**Secretaria de la Facultad de Odontología**

Dr. José Benjamín López Guillén  
**Director de Educación Odontológica**

## **JURADO EVALUADOR**

Dr. Douglas Oswaldo Escobar Osegueda

Dra. Laura Ana Regalado de Moreno

Dr. Manuel de Jesús Joya

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos agradecer, ante todo, a Dios, que por su voluntad fue posible llevar a cabo la presente investigación, y con su amor infinito, nos permitió superar con sabiduría todas las dificultades. Y de esa manera culminar exitosamente nuestro trabajo.

A nuestras familias, por su comprensión, aliento e incondicional apoyo durante cada etapa del desarrollo de nuestra investigación, y a quienes dedicamos cada logro obtenido.

A nuestro Docente Director Dr. Douglas Escobar, por su paciencia, disponibilidad y sobretodo por su valiosa ayuda a lo largo de todo el proceso investigativo.

A cada una de las personas, que de una u otra manera brindaron su colaboración desinteresadamente, contribuyendo así al enriquecimiento de la investigación.

## RESUMEN

La succión es un reflejo innato, que con el paso del tiempo, el infante va abandonando y sustituyendo por actividades más maduras. Hay niños que no dejan atrás este patrón infantil y se convierte en un hábito deletéreo, el cual debe de ser eliminado de la manera menos traumática, para así evitar malformaciones óseo-dentarias. Por lo tanto, nuestro objetivo es identificar y clasificar los diferentes tipos de hábitos orales de succión según género y edad; así como también enumerar los tratamientos más utilizados en los pacientes con hábitos orales de succión, atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (FOUES) en el período de 2003 – 2005

**Materiales y métodos:** La investigación que se desarrollo es de tipo Epidemiológica Descriptiva. Los datos se obtuvieron de una muestra de 225 expedientes clínicos correspondientes a pacientes con edades de 3.0 – 12.0 años atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la FOUES entre los años 2003- 2005. Las variables en el estudio fueron: género, edad, tipos de hábitos y tratamientos más utilizados. Los datos fueron procesados en el programa Statistical Product for Service Solutions 11.0 (SPSS).

**Resultados:** La frecuencia presentada de hábitos es de 25.8%; el género femenino fue el más afectada con un 60.3%; el rango de edad más afectado es de 6.0 – 8.11 años con 44.8%; el hábito más frecuente es succión digital con 58.6%; el rompe hábito más utilizado es la rejilla fija con 40%.

**Conclusiones:** Por tanto se concluye que aunque no constituye una cantidad considerable de pacientes que presentan hábitos orales de succión sí se considera importante que el odontólogo lo tome en cuenta al momento del diagnóstico y plan de tratamiento con el fin de prevenir o limitar el daño de malformaciones orofaciales que se puedan derivar de éstos.

## ÍNDICE GENERAL

	Página
INTRODUCCIÓN .....	6
OBJETIVOS.....	8
Objetivo General: .....	8
Objetivos Específicos: .....	8
REVISIÓN DE LA LITERATURA. ....	9
MATERIALES Y MÉTODOS .....	42
Tipo de investigación o estudio .....	42
Variables e Indicadores .....	42
Tiempo y Lugar .....	43
Población y Muestra .....	43
Resultados del tamaño de muestra estratificado por año y género:.....	48
Recolección y análisis de los datos .....	49
RESULTADOS DEL CONSOLIDADO DE LOS AÑOS 2003 – 2005 .....	50
LIMITACIONES .....	57
CONCLUSIONES .....	61
RECOMENDACIONES .....	63
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

La succión es un reflejo innato, que con el paso del tiempo, el infante va abandonando y sustituyendo por actividades más maduras. Hay niños que no dejan atrás este patrón infantil y se convierte en un hábito deletéreo, el cual debe de ser eliminado de la manera menos traumática, para así evitar malformaciones óseo-dentarias.

Por lo tanto, el propósito principal de la presente investigación fue identificar los hábitos orales de succión más frecuentes y los tratamientos utilizados en los pacientes atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (FOUES) en el período de 2003 – 2005; realizando la revisión de 225 expedientes clínicos, utilizando una guía de observación. Es importante destacar que no se ha llevado a cabo ninguna investigación acerca del tema en dicha población; ya que la única investigación que se ha realizado sobre hábitos orales deletéreos, es en una población de 3 a 6 años en una Sala Cuna externa de San Salvador, mientras que las demás investigaciones se han realizado en países como México, Brasil, Cuba y Colombia, por lo tanto, no se cuenta con ningún dato que refleje la situación real de la población en estudio de manera completa.

La importancia de estudiar dicha problemática, radica en la necesidad de conocer la incidencia de los pacientes que presentan hábitos orales de succión estratificados por rango de edad y género y determinar el tipo de tratamiento que se les ha brindado dentro de la clínica de Odontología Infantil y Ortodoncia de la FOUES a dichos pacientes. Esto se realizó por cada año en estudio, para posteriormente hacer un análisis comparativo de la situación del problema, para así establecer el comportamiento del mismo en dicho período de tiempo. Todo

lo anterior se realizó para contar con datos reales que reflejen las características de la población infantil que es atendida en las clínicas de la FOUES y así brindar una atención de acuerdo a las necesidades de ésta, así como también complementar el sumario de Ortodoncia mediante la inclusión de una tabla que contenga los diferentes hábitos orales de succión y los factores que los modifican, para facilitar así el proceso de recolección de datos para la elaboración del diagnóstico y plan de tratamiento, y para que los resultados obtenidos en esta investigación sirvan de base para posteriores investigaciones.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Conocer los hábitos orales de succión más frecuentes y los tratamientos utilizados en los pacientes atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar la frecuencia de los hábitos orales de succión por género en los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005.
- Determinar la frecuencia de los hábitos orales de succión por rango de edad en los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005.
- Clasificar los diferentes tipos de hábitos orales de succión que presentan los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005
- Enumerar los tratamientos más utilizados en los pacientes con hábitos orales de succión, atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA.

El hábito de succionar es una necesidad para la supervivencia del bebé y por ello se genera desde el vientre materno. Se sabe que el reflejo de la succión aparece aproximadamente desde la semana 16 y puede ser observado durante el ultrasonido rutinario que el niño se succiona su dedo pulgar, esto al nacimiento está bien desarrollado y conforma los reflejos de búsqueda y succión, ambos se encuentran encaminados a que el niño encuentre el pezón materno y sea alimentado. <sup>1,2</sup>

Ya fuera del vientre el niño realiza mediante la succión una importante relación afectiva con la madre, de esto no sólo obtiene nutrición sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida, este acto constituye una vía de comunicación con el mundo exterior. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente, al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de esa vía de comunicación <sup>3</sup>, debido a que la boca ya no es su único medio de interacción con el mundo externo. Por tanto el niño(a) va adquiriendo otras experiencias y habilidades que hacen que deje atrás patrones de conducta infantiles, y hace que estos hábitos orales de succión tiendan a desaparecer alrededor de los 2-3 años. Algunos niños(as) no lo harán y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por si solo. Moyers lo plantea en tres fases:

- a) ***Fase I: Succión normal y subclínicamente significativa:***  
Esta fase se extiende desde el nacimiento hasta más o menos los 3 años, sobre todo en el momento del destete. La succión se resuelve en forma natural hacia el final de la Fase I.

- b) **Fase II: *Succión clínicamente significativa*:** Se extiende aproximadamente desde los 3 a los 6 ó 7 años. Esta fase merece atención por parte del odontólogo por dos razones: 1) es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa y 2) es el mejor momento para resolver los problemas dentarios desarrollados con la succión digital.
- c) **Fase III: *Succión intratable*:** Un hábito de succión de pulgar durante esta fase puede requerir psicoterapia. Está indicada la frecuente consulta entre el odontólogo y el psicólogo, o el médico, para realizar un enfoque integrado. <sup>4</sup>

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo, la acción normal del labio y la masticación <sup>4</sup>. Pinkham considera que la succión no nutritiva en los lactantes es universal y normal, pero que aún no se ha establecido el punto en que la succión no nutritiva se torna en hábito y no se considera normal <sup>3</sup>

Los hábitos en relación con la Maloclusion deberán ser clasificados <sup>3</sup>:

- **Útiles:** Incluyen funciones normales de la lengua, respiración, deglución adecuada y uso normal de los labios para hablar.
- **Dañosos:** Son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentales, ejemplo hábito de succión digital, succión labial, succión de chupete.

Mientras que Quirós <sup>5</sup>, clasifica los hábitos de succión oral según su etiología en:

- **Instintivos:** Como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse en perjudicial, por la persistencia en el tiempo.
- **Placenteros:** Algunos hábitos se tornan placenteros, tal como algunos casos de succión digital.
- **Defensivos:** En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc. La respiración bucal se torna un hábito defensivo.
- **Hereditarios:** Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden acarrear por un hábito concomitante a dicha malformación, por ejemplo: Inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida entre otros.
- **Adquiridos:** La fonación nasal en los fisurados, aún después de intervenidos quirúrgicamente, primordialmente las conocidas como golpe glótico para los fonemas K, G, J y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch.
- **Imitativos:** La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas etc. Son claros ejemplos de actitudes imitativas.

El mismo autor plantea una clasificación para los hábitos orales de succión de acuerdo al objeto o estructura anatómica que es llevada a la cavidad oral, los cuales son <sup>6</sup>:

- **Succión de pulgar:** Es el más común entre los hábitos de succión, 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 índice:** Ésta puede producir una mordida abierta unilateral, y /o protrusión de uno o mas incisivos o caninos.
- **Succión del índice y medio:** Puede producir una mordida abierta y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- **Succión de medio y anular:** Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos y/o intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.
- **Succión de varios dedos:** Puede producir problemas similares a los anteriormente descritos dependiendo del número de dedos, la frecuencia y la intensidad del hábito.
- **Succión de labio:** Puede aparecer sola o estar asociada a succión del pulgar. En casi todos los casos, es el labio inferior el implicado, es común primordialmente en niños, produce retroinclinación de los anteroinferiores y protrusión de los superiores.
- **Succión de chupete**
- **Succión de lengua**

Las posibles alteraciones a consecuencia del hábito son especialmente dentarias, y si persiste, o es ejercido por fuerzas mayores, puede afectar igualmente el proceso alveolar, estas deformaciones son dependientes de diversos agentes denominados por Graber como *“Trío de factores que modifican el hábito”*<sup>3,7</sup>:

**A. Duración:** Por su duración puede ser sub clasificada en:

**A.1- Infantil** (hasta 2 años) en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.

**A.2- Pre-escolar** (2 a 5 años) si la succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, si es continuo o intenso puede producir malposiciones en los dientes primarios, si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad.

**A.3- Escolar** (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueléticas.

**B. Frecuencia:** Pueden ser Intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos). Hay niños que succionan a cualquier hora del día, y otros que sólo en la noche o para dormirse.

**C. Intensidad:** La cual se define como la cantidad de fuerza aplicada. En la que podemos encontrar una subclasificación:

**C.1- Poco intensa:** Cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo sino distraídamente la punta del dedo.

**C.2- Intensa:** Cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable. En algunos niños el ruido producido al succionar el dedo puede escucharse hasta la habitación próxima.

Otros autores consideran otras variables que modifican, intensifican o minimizan la acción del hábito <sup>4, 7,8</sup>:

1. La posición del dedo.
2. Contracciones orofaciales controladas.
3. La posición de la mandíbula durante la succión.
4. La morfología esquelética facial.
5. La duración de la succión.

6. Sexo del paciente.
7. Consciente o inconsciente.
8. Cooperación de padres y hermanos.
9. Tratamientos previos.

A lo largo de la historia se han realizado diferentes estudios que ponen en manifiesto la diversidad de corrientes de pensamiento que existen, para lo cual se han formulado una serie de teorías para explicar el desarrollo de los hábitos no nutritivos de succión.

Desde el punto de vista psicológico, la oralidad en el infante está relacionada con la organización pregenital y la actividad sexual, no está separada todavía de la toma del alimento.<sup>9, 3, 4</sup>

Moyers, plantea principalmente dos teorías:

Una de ellas establecida por Benjamín en la cual asegura que la succión del pulgar surge simplemente de los reflejos arraigados comunes a todos los infantes mamíferos, por otra parte un equipo de investigación de la Universidad de Alberta, apoyan firmemente la teoría que los hábitos de succión digital en seres humanos son una simple respuesta aprendida y no encontraron apoyo para la interpretación psicoanalítica de la succión del pulgar como un síntoma de trastorno psicológico.<sup>4</sup>

Si bien los hábitos pueden ser síntomas de problemas de adaptación o de expresión emocional inadecuada, hay un porcentaje significativo de ellos que son solamente actitudes aprendidas sin raíz psicológica. Por lo tanto es indispensable realizar una adecuada anamnesis o interconsultas para determinar cuál es la situación del paciente.<sup>7, 10</sup>

Planas, establece que la succión del dedo y otros objetos no es frecuente en los niños bien alimentados a pecho, pues este acto, a diferencia del biberón, les produce fatiga, cansancio muscular, por el esfuerzo que tiene que hacer el

niño para ordeñar el pecho materno, a lo que sigue el sueño; al terminar de amamantarse, el niño generalmente queda dormido en el pecho. Si no se amamanta a pecho, sólo ha aprendido a tragar, pero no se fatiga, y precisamente la falta de esta fatiga la suple succionando el dedo o lo que sea, en las más diversas formas <sup>11</sup>. Así mismo, la alimentación de pecho extensa, también ha sido mostrada para reducir el desarrollo de hábitos artificiales de succión como la succión digital o succión de pacificador. <sup>12, 13</sup>

Por otra parte, Canut Brusola, considera que el hábito de succión digital, no parece estar relacionado con el tipo de alimentación, la duración de ésta o razones psicológicas, aparte del importante papel que la succión representa durante la vida infantil. <sup>8</sup>

Otros autores plantean que los hábitos orales de succión nutritivos y no nutritivos están asociados a factores culturales y económicos que afectan a la población, ya que los niños de pueblos primitivos que pueden acceder al pecho materno durante largo tiempo, rara vez chupan otros objetos. <sup>7, 12, 14, 15, 16</sup>

En cuanto al manejo clínico de estos pacientes, hay una diversidad de elementos a tomar en cuenta entre los cuales están: el significado emocional del hábito para el niño, la edad del paciente y la existencia de maloclusiones asociadas con el ejercicio del hábito. Por tanto es indispensable realizar una buena anamnesis en la cual se incluya historia de hábitos orales de succión, tipo de hábito, características clínicas, duración, intensidad y frecuencia con la que el niño practica el o los hábitos orales de succión, si ha recibido o no tratamiento para eliminar el o los hábitos, etc. con el objetivo de establecer un plan de tratamiento adecuado. Para ello el odontólogo debe reconocer las características clínicas de dichos pacientes las cuales se reflejan en el siguiente cuadro: <sup>3, 4, 6, 7, 15,</sup>



<b>Hábito oral de succión</b>	<b>Características orofaciales</b>
<i>Succión Digital</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mordida abierta anterior: que se debe a una combinación de la interferencia en la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva de los dientes posteriores.</li> <li>• Protracción y espaciamento de los dientes superiores.</li> <li>• Retroinclinación de los antero-inferiores.</li> <li>• Constricción del arco superior (forma de "V")</li> <li>• Piso nasal más angosto y bóveda palatina alta</li> <li>• Labio superior hipotónico y labio inferior hiperactivo.</li> </ul>
<i>Succión Labial</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labioversión de los dientes superiores, linguoversión de los inferiores (Aumento de over jet).</li> <li>• Mordida abierta anterior.</li> <li>• Postura incompetente del labio</li> <li>• Enrojecimiento e irritación de la piel abajo del labio inferior</li> <li>• Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisial</li> <li>• Presencia de zonas de irritación y agrietamiento del labio</li> <li>• Actividad anormal de músculo borla de la barba.</li> <li>• Hipotonicidad del labio superior e hipertonicidad del labio inferior</li> </ul>
<i>Succión de chupete</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constricción maxilar y expansión mandibular a nivel dentario (mordidas cruzadas posterior)</li> <li>• Mordida abierta anterior</li> <li>• Resalte y/o Sobremordida</li> </ul>

	excesiva.
Succión de objetos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malposiciones dentarias</li> <li>• Facetas de desgaste</li> <li>• Mordida abierta</li> <li>• Mordida cruzada</li> <li>• Incremento del over jet</li> </ul>
Succión de lengua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arco dentario inferior ancho y poco profundo</li> <li>• Arco superior en forma de "V"</li> <li>• Algunas veces presencia de mordida abierta anterior</li> </ul>

A continuación se hablará con mayor detalle sobre los hábitos orales de succión más frecuentes:

**SUCCIÓN DIGITAL:** Es el hábito oral más frecuente y puede involucrar uno o más dedos, especialmente el pulgar. La succión digital persiste en el niño pre-escolar (2 – 5 años) bajo diferentes condiciones específicas; fatiga, sueño, desplazamiento afectivo y aburrimiento, convirtiéndose en una forma de adaptación del individuo a su ambiente.<sup>7</sup> Una mordida abierta anterior es la maloclusión más frecuente. La protracción de los dientes anterosuperiores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba contra el paladar. La retracción postural mandibular puede desarrollarse si el peso de la mano o el brazo fuerza continuamente a la mandíbula a asumir una posición retruida para practicar el hábito. Al mismo tiempo, los incisivos inferiores pueden ser inclinados hacia lingual.

Cuando los incisivos superiores han sido labializados y se ha desarrollado una mordida abierta la lengua tiene que adelantarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior, así un simple empuje lingual va necesariamente asociado con un hábito de succión digital.

Durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal producen, en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca, con el resultante angostamiento del arco superior. Con esta perturbación en el sistema de fuerzas en, y alrededor del, complejo maxilar superior, a menudo es imposible para el piso nasal caer verticalmente a su posición esperada durante el crecimiento. Por lo tanto, puede encontrarse que los chupadores del pulgar tienen un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta. El labio superior se hace hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe ser elevado por contracciones del orbicular a una posición entre los incisivos en mal posición durante la deglución. Estas contracciones musculares anormales durante la succión y la deglución, estabilizan la deformación.<sup>4</sup>

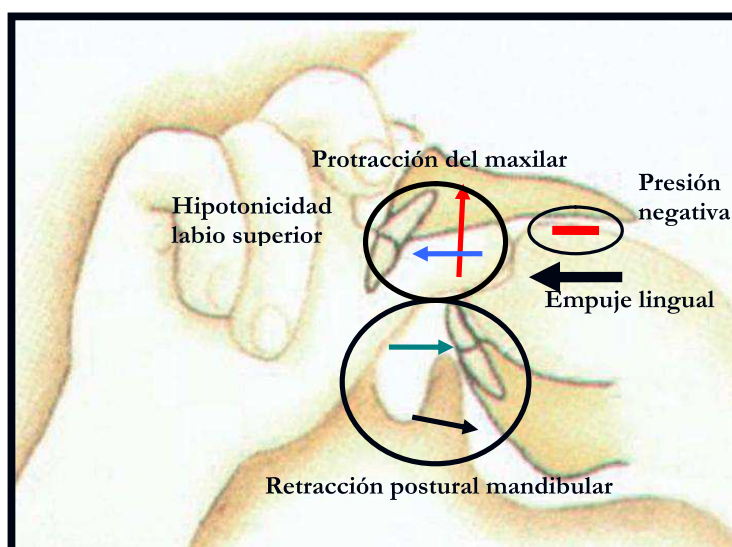


Fig. 1 Fisiopatología de la succión digital

**SUCCIÓN LABIAL:** Es un hábito que se encuentra con una gran frecuencia y está asociado con el hábito de dedo; cuando es así se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa la deformidad a la integridad de la oclusión. Con el aumento de la mordida horizontal se le dificulta al niño

cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borla de la barba, en el cual se puede observar el endurecimiento del mentón durante la deglución. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal; este permanece hipotónico, sin función y parece ser corto y retraído. A esta afección se le denomina “postura de descanso incompetente del labio”. Debido al intento para crear un sello labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento, en el segmento anteroinferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y hacia delante.<sup>3</sup>

**SUCCIÓN DE LENGUA:** La lengua es un poderoso órgano muscular, el cual ejerce una gran presión en intervalos frecuentes, 24 horas al día, tanto durante la noche como en el día.

En el hábito de empuje lingual, una lengua con tamaño normal como una que este sobredesarrollada es empujada entre los dientes superiores e inferiores produciéndole una mordida abierta. Algunas veces el paciente permite que la lengua descansa en el espacio de la mordida abierta entre los actos de deglución impidiendo que la mordida se cierre. El empuje lingual también permite que las molares se extruyan, una condición que lleva a complicar el problema de la corrección de los casos de mordida abierta aun cuando el hábito de lengua ha sido eliminado.

En los casos de macroglosia, el sobre crecimiento de la lengua, la presión es ejercida contra la superficie lingual de los dientes produciendo

diastemas. A menudo a parecen indentaciones en la lengua en las zonas donde ésta ejerce presión sobre los dientes.<sup>17</sup>

Las características antes mencionadas van a estar determinadas por el patrón morfogenético del paciente, la morfología facial presente marca una diferencia importante. Un perfil recto con una oclusión firme de clase I parece tolerar los efectos de la succión mejor que un esqueleto típico clase II. No descuidar el rostro en el que aparece el hábito, porque un hábito leve en unas caras es más perjudicial que en otras<sup>4</sup>.

No se puede hablar de hábitos orales de succión sin mencionar la fisiología ósea, debido al papel tan importante que juegan en estos. Por lo que a continuación se mencionará un poco a cerca de la fisiología ósea.

El hueso es un tejido plástico que reacciona a las presiones que continuamente se ejercen sobre él. Es un tejido que está siendo reparado y reemplazado continuamente desde la infancia hasta la edad adulta.

Algunos investigadores creen que el tratamiento ortodóncico no puede cambiar el hueso basal; debido al factor hereditario, el modelo de hueso basal permanece siendo el mismo. Sin embargo, hasta los más conservadores están de acuerdo de que el hueso alveolar puede ser cambiado y los dientes que están en el hueso pueden ser regulados con el tratamiento de ortodoncia.

Los huesos parietales y Occipital del cráneo que protegen al cerebro son duros, y pueden soportar la presión, mientras que los huesos faciales, son huesos cartilagosos, ceden fácilmente al estímulo y la presión, sobre todo durante en las etapas de mayor crecimiento, y presenta el problema de crecimiento más complicado en el esqueleto entero ya que los mayores cambios de crecimiento de la cabeza son hechos por las estructuras faciales.

Se estima que en promedio la cara aumenta de tamaño 12 veces desde el nacimiento hasta la adolescencia, mientras que el cráneo aumenta solo 4 veces, para así compensar la desproporción del cráneo cefálico y el cráneo

facial existente al momento del nacimiento. Ya que los mayores cambios en el crecimiento en la cabeza están dados por las estructuras faciales, lógicamente debe ser asumido que todas las presiones anormales deben ser evitadas. Es durante la transición de la dentición deciduo a la permanente muchos de los daños toman lugar, y es durante esta etapa de transición que la eliminación de los hábitos orales de succión es lo más importante.<sup>17</sup>

Para hablar de hábitos orales de succión se considera necesario hacer mención sobre anatomía de los músculos de la expresión facial y masticatorios, ya que dichos músculos están involucrados en la práctica de éstos. Por lo cual se describen a continuación:<sup>3, 4, 7, 18, 19, 20,21</sup>

### MÚSCULOS INVOLUCRADOS EN LOS HÁBITOS ORALES DE SUCCIÓN

Hábito oral de succión	Músculos involucrados
<i>Succión Digital</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pterigoideo interno y externo</li> <li>• Buccinador</li> <li>• Masetero</li> <li>• Orbicular de los labios</li> </ul>
<i>Succión Labial</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orbicular de los labios</li> <li>• Borla del mentón</li> </ul>
<i>Succión de chupete</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pterigoideo interno y externo</li> <li>• Buccinador</li> <li>• Masetero</li> <li>• Orbicular de los labios</li> </ul>
Succión de objetos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pterigoideo interno y externo</li> <li>• Buccinador</li> <li>• Masetero</li> <li>• Orbicular de los labios</li> </ul>
Succión de lengua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Longitudinal superior e</li> </ul>

	inferior de la lengua <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transverso de la lengua</li> <li>• Vertical de la lengua</li> <li>• Estilogloso</li> <li>• Geniogloso</li> <li>• Hiogloso</li> <li>• Palatogloso</li> <li>• Milohiideo</li> <li>• Digástrico</li> </ul>
--	--

### **MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN:**

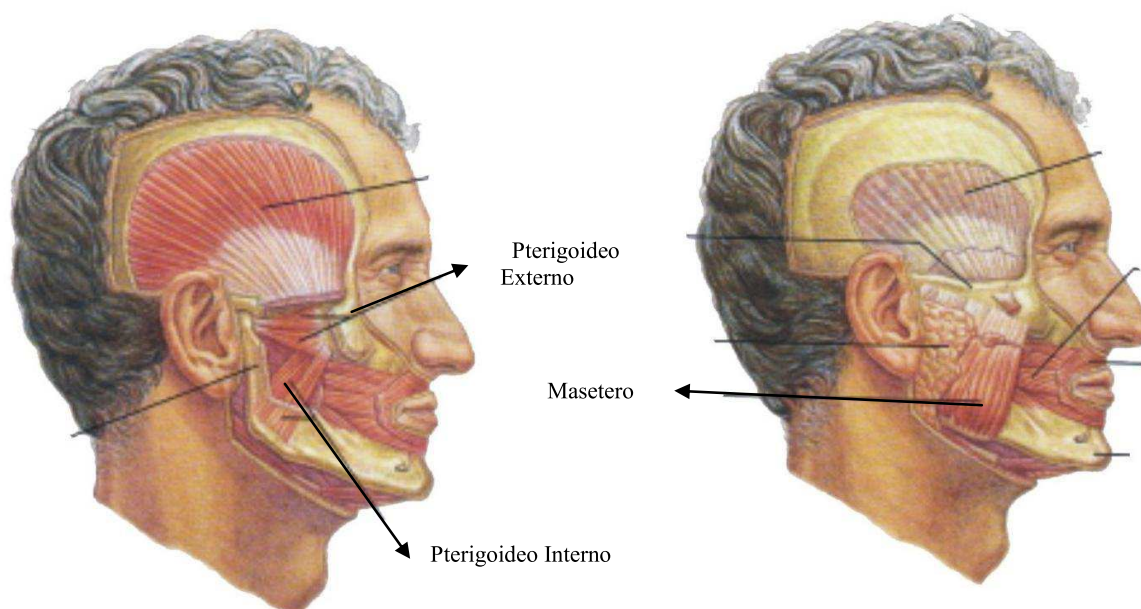


Fig. 2 Músculos de la masticación  
Tomado Human Anatomy. Van de Graaff

**MÚSCULO MASETERO:** Es uno de los músculos más fuertes del cuerpo humano, tiene su origen en el borde inferior y la cara interna del arco cigomático y se inserta en la cara externa de la rama ascendente y ángulo de la mandíbula. Está inervado por la tercera rama del Nervio Trigémino (nervio Maseterino). Es un potente elevador del maxilar inferior y ayuda en el movimiento de protrusión mandibular.

**MÚSCULO PTERIGOIDEO INTERNO:** Está ubicado en el lado interno de la rama del maxilar inferior. El origen está en la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides; su inserción en la región del ángulo de la mandíbula. Actúa como sinérgico del Masetero para elevar la mandíbula. Al actuar junto con el Pterigoideo externo efectúa la protrusión de la mandíbula. Está innervado por una rama del nervio maxilar inferior.

**MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO:** Este músculo nace de la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides y se inserta en el cuello del cóndilo del maxilar, muy cerca de la articulación temporomandibular; algunas de sus fibras se insertan en el disco interarticular. Es el principal protrusor del maxilar inferior. Está innervado por una rama del tronco anterior del nervio maxilar inferior, que puede originarse en los nervios maseterinos o bucal.

### MÚSCULOS DE LA EXPRESIÓN FACIAL:

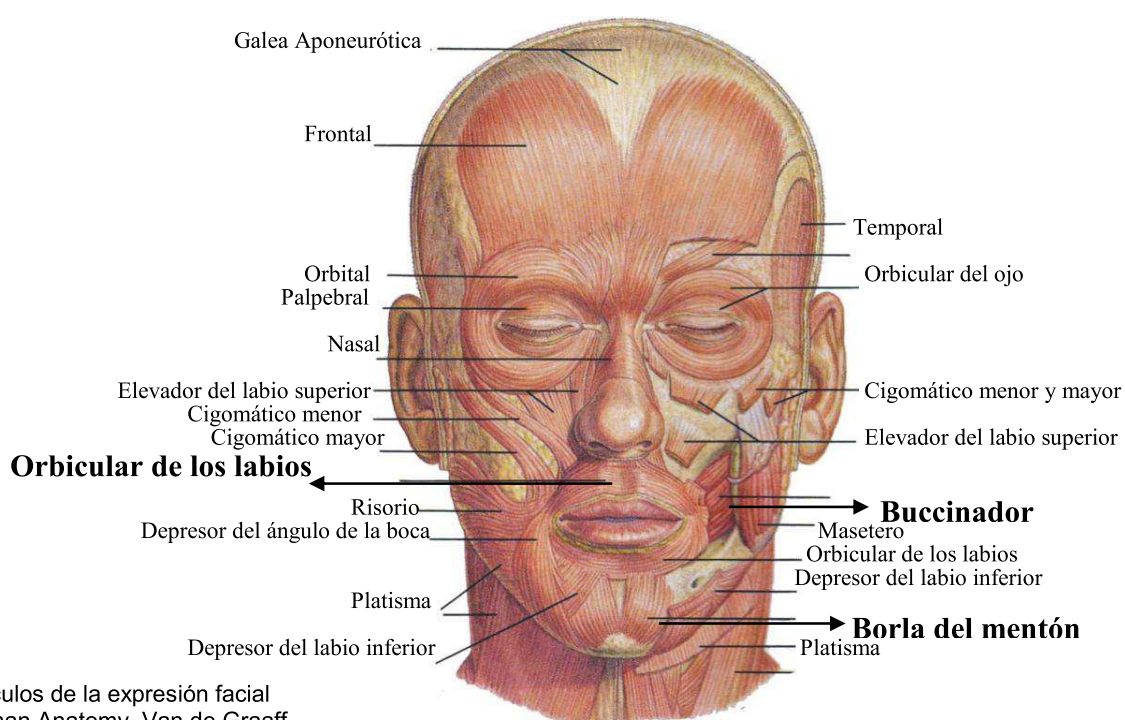


Fig. 3 Músculos de la expresión facial  
Tomado Human Anatomy. Van de Graaff



**MÚSCULO BUCCINADOR:** Es un músculo cuadrilátero y delgado que ocupa la parte posterior del espacio entre los maxilares superior e inferior. Se origina en los rebordes alveolares de estos huesos. Se inserta en el orbicular de los labios y en los labios superior e inferior. Su función mantiene tenso el carrillo, evitando con ello que se pliegue y sea lesionado por los dientes. También participa en los actos de silbar, soplar y deglutir, se activa durante la sonrisa. Está innervado por el plexo parotídeo del nervio facial.

**MÚSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS:** Se sitúa alrededor de la apertura bucal y también se le denomina esfínter labial. Por arriba tiene su origen en la línea media del maxilar superior y sus fibras se disponen de forma concéntrica a la boca y acaban insertándose en la piel de los labios y de la comisura. Cuando se contrae frunce los labios y cierra la boca.

**MÚSCULO BORLA DEL MENTÓN O MENTONIANO:** Es también un músculo que consta de dos vientres unidos por un tendón intermedio. Su origen es la línea media de la mandíbula y ambos van hacia arriba insertándose en la piel del mentón. Cuando se contrae lleva el mentón hacia arriba y protruye el labio inferior.

#### MÚSCULOS DEL PISO DE LA BOCA:

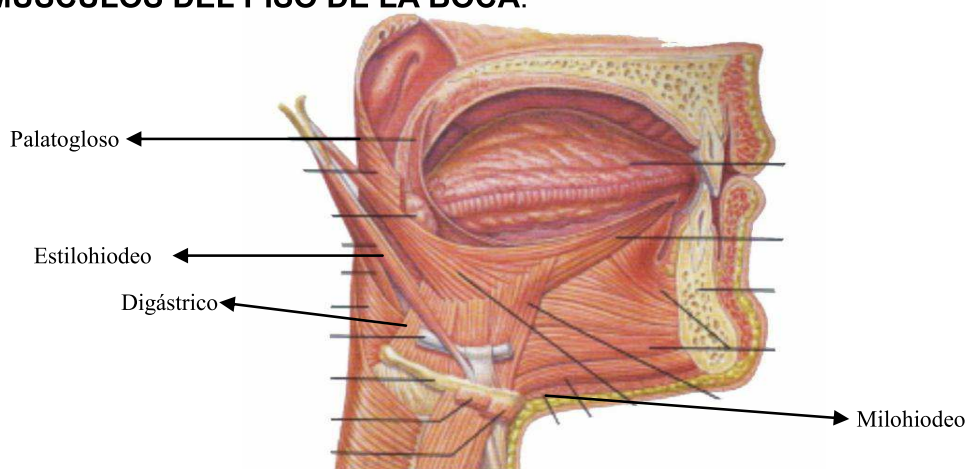


Fig.4 Músculos del piso de la boca  
Tomado Human Anatomy. Van de Graaff

**MÚSCULO MILOHIODEO:** Este músculo par, nace de la línea milohiodea en la cara medial del maxilar inferior. Con el maxilar inferior inmovilizado el milohiodeo, genihiodeo y el vientre anterior del digástrico elevan el hiodes y viceversa, además eleva la lengua aumentando la presión sobre la lengua lo que impulsa hacia atrás, como sucede durante la deglución. La inervación está dada por la rama milohiodea del nervio dentario inferior.

**MÚSCULO DIGÁSTRICO:** Este músculo está dividido en vientre anterior y vientre posterior, están unidos por un tendón redondo intermedio anclado en el hueso hiodes por una banda aponeurótica. El vientre posterior nace de un surco, la ranura digástrica del temporal, se dirige hacia abajo en dirección del hueso hiodes. El vientre anterior es más corto y se inserta en la fosita digástrica del borde inferior del maxilar inferior cerca de la sínfisis, y se dirige hacia atrás y abajo. La inervación del vientre anterior por la rama milohiodea del nervio dentario inferior; el posterior por el nervio facial. Su función es tirar el mentón hacia atrás y abajo para abrir la boca, y con ello ayudar al pterigoideo externo a rotar la mandíbula en la posición de boca abierta. El vientre anterior sostiene el hueso hiodes.

**MÚSCULO ESTILOHIODEO:** Se origina en la cara posterior de la apófisis estiloides y se inserta en el hueso hiodes, en la unión entre el cuerpo y el hasta mayor. Con frecuencia es perforado cerca de su inserción por el Rendón del digástrico. Su inervación es el nervio facial. La acción lleva al hueso hiodes hacia atrás y alarga el piso de la boca.

#### **MÚSCULOS DE LA LENGUA:**

#### **MÚSCULOS INTRÍNSECOS DE LA LENGUA:**

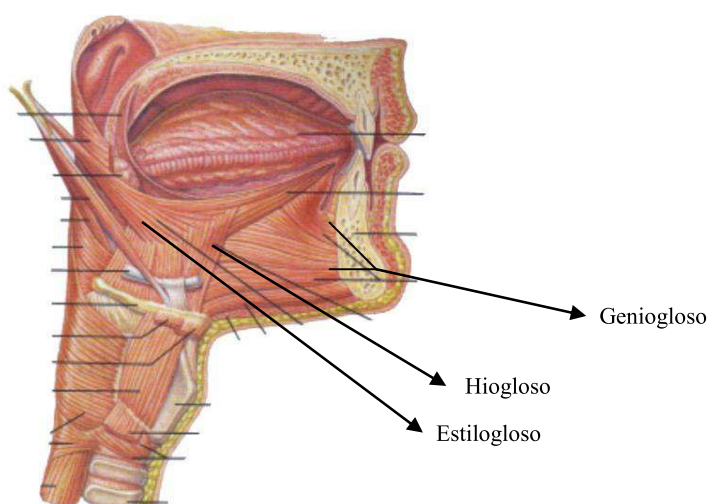
**MÚSCULO LONGITUDINAL SUPERIOR:** Músculo impar. Recorre todo el dorso de la lengua bajo la mucosa. Hace que la lengua tome una forma cóncava hacia arriba. Inervado por el nervio hipogloso.

**MÚSCULO LONGITUDINAL INFERIOR:** En la parte inferior de la lengua (entre los músculos geniogloso e hiogloso) Hace que la lengua tome una forma convexa. Está inervado por el nervio hipogloso.

**MÚSCULO TRANSVERSO DE LA LENGUA:** Formado por fibras transversales que van desde el tabique a los bordes laterales. Hace que la lengua se estreche en sentido transversal y gane en altura. Inervado por el nervio hipogloso.

**MÚSCULO VERTICAL DE LA LENGUA:** Formado por fibras verticales que se encuentran bajo el dorso de la lengua. Aplana la lengua. Inervado por el nervio hipogloso.

#### **MÚSCULOS EXTRÍNSECOS DE LA LENGUA:**



Tomado Human Anatomy. Van de Graaff

Fig. 5 Músculos de la lengua

**MÚSCULO GENIOGLOSO:** El más voluminoso de la lengua su forma es de abanico. Se origina en las apófisis geni y se insertan en todo el dorso de la lengua. Es el único músculo protrusor de la lengua (importante para mantener abierta la vía aérea) Deprime la lengua contra el suelo de la boca. Inmediatamente por encima del genihioideo.

**MÚSCULO HIOGLOSO:** Delgada lámina rectangular con forma de cuadrilátero aplanado que se origina en el hioides y se inserta en la parte posterolateral del dorso de la lengua. Deprime los bordes de la lengua, llevándola hacia atrás.

**MÚSCULO ESTILOGLOSO:** Desde la apófisis estiloides hasta la parte posterolateral de la lengua. Extiende y eleva los bordes de la lengua, llevándola hacia atrás.

**PALATOGLOSO:** Ocupa el pilar anterior del velo del paladar. Se origina en la aponeurosis palatina y se inserta en la parte lateral de la lengua y el paladar. Este músculo cuando se contrae, dirige la lengua hacia arriba y atrás. Está inervado por fibras derivadas de la rama interna del nervio espinal a través del plexo faríngeo.

Por otra parte, para la eliminación de los hábitos orales de succión existen una serie de métodos que van desde lo empírico hasta lo empleado por un profesional en salud bucal.

Una de las corrientes plantea que la única terapéutica profiláctica que se debe realizar durante el primer año de vida del niño(a), es una alimentación a pecho hasta que se produzca la erupción de los incisivos y procurar mantener una respiración fisiológica nasal. Si se llegara a fracasar en el intento de eliminar un hábito de succión digital, aconseja en estos casos y como mal

menor entregar al niño un chupete, pues a los dos años como máximo se podrá eliminar y el niño ya no adquirirá ni el hábito del dedo ni el de la lengua.<sup>11</sup>

McDonald plantea, que si un bebé tiene el hábito de la succión del pulgar, puede ser posible la corrección cuando pasa de la lactancia a la fase de masticación. Puede lograrse una reorientación de la actividad de succión hacia la actividad de alimentación. A menudo ayuda retirar el pulgar de la boca y reemplazarlo con un sustituto que sea masticable.<sup>15</sup>

Otro autor afirma, que aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal (el primer año y medio de la vida) es ignorar la fisiología básica de la infancia, por lo que este autor recomienda no realizar ningún tratamiento en esta etapa.<sup>3</sup>

Varios autores plantean que el primer paso para iniciar una terapia de eliminación de hábitos orales, es que el profesional hable con el niño(a) a solas para ganarse la confianza y conocer sus actitudes hacia el hábito. Se aconseja brindar un período de tiempo en el cual se determine si el niño es capaz de eliminar el hábito voluntariamente, esto en el caso que el hábito sea realizado de manera consciente. De lo contrario se deberá utilizar aparatología que ayude a recordar al paciente a no realizar el hábito.

La mayoría de autores coinciden en que el método para eliminar el hábito, debe de ser lo menos traumático para el niño, ya que la colaboración del niño es fundamental para tener éxito en el tratamiento. Por tanto el tratamiento con aparatología no debe de ser diseñado para causar dolor o incomodidad sino que debe servir como un recordatorio para el paciente<sup>21</sup> y que al mismo tiempo sean de multipropósito, con una versatilidad que les permita cumplir varias funciones simultáneamente.<sup>3, 4, 7, 15, 23</sup>

Para la eliminación de los hábitos orales de succión existen una diversidad de aparatos ya sean estos fijos o removibles, el profesional deberá tomar en cuenta los siguientes parámetros para la elección del aparato ideal que se ajuste a las necesidades del paciente <sup>4</sup>:

- a) No impedir de ninguna manera la actividad muscular normal.
- b) No requerir recordatorios para usarlo.
- c) No avergonzar con su uso.
- d) No complicar a los padres

Chaconas menciona que se puede tomar en cuenta algún tipo de tratamiento con aparatos, si hay cooperación de los padres del paciente y de los hermanos. El momento óptimo para colocar el aparato es entre los 3.5 – 4.5 años de edad, de preferencia durante las vacaciones debido a que el hábito puede ser sustituido con juegos fuera de la casa y actividades sociales. <sup>23</sup>

Los aparatos para la eliminación de hábitos orales de succión más utilizados son:

❖ **Rejillas:** Puede ser removible o fijo soldada a bandas, en aquellos pacientes con hábito arraigados y/o difícil de manejar, la rejilla puede ser incorporada a distintos tipos de aparatos de ortodoncia u ortopédicos, según sea la necesidad.

Puede ser confeccionada tanto en la arcada superior como en la inferior. En aquellos casos en los que el paciente es succionador del pulgar se recomienda que sea superior; al igual que, en los casos en que los pacientes tengan protrusión lingual deslizando la lengua por el paladar hacia los incisivos superiores.

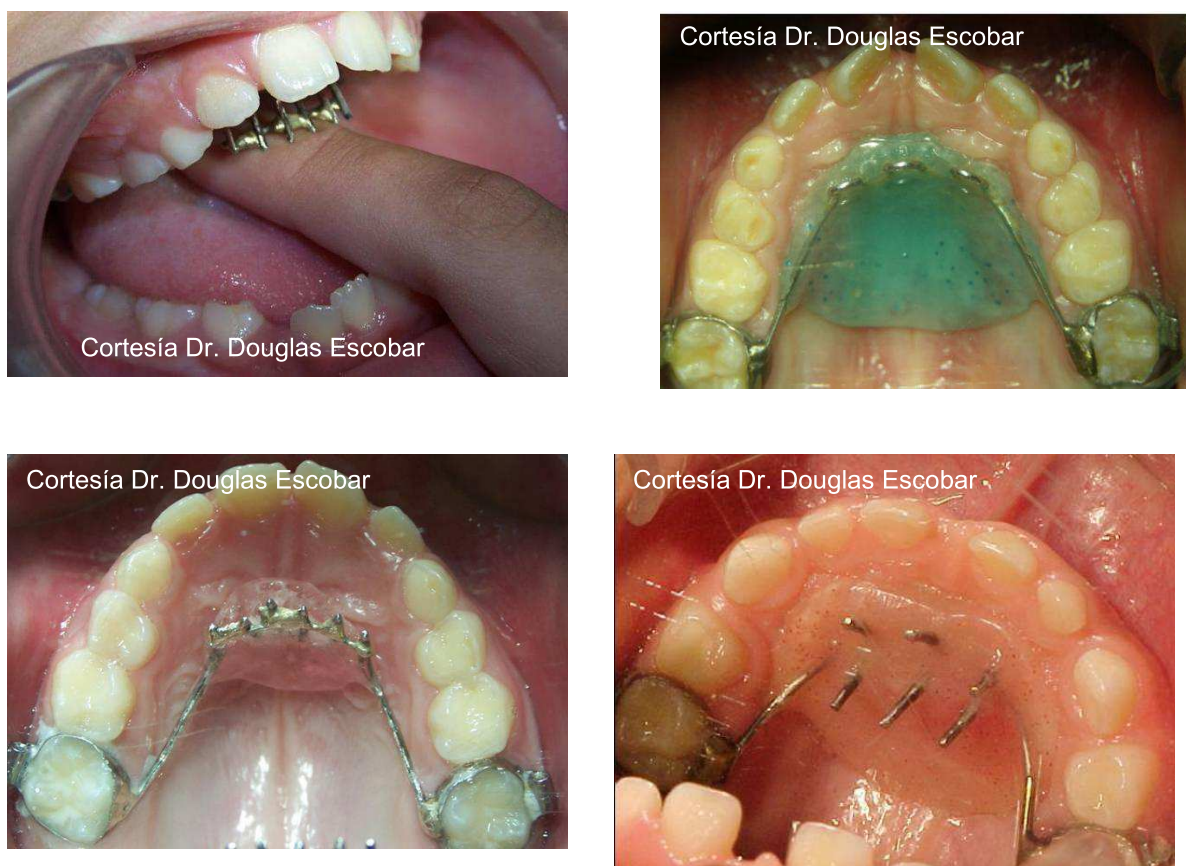


Fig. 6 Rejillas fija

- ✓ **Rejilla Fija:** La mayor ventaja de este aparato es que el clínico para ver resultados no necesita la colaboración del paciente, por lo cual el aparato al estar cementado permanecerá todo el tiempo en boca. Esta indicado su uso en pacientes en que el hábito es inconsciente, de corta edad, hiperactivos, de difícil manejo, etc.



Fig. 7 Rejilla removible

- ✓ **Rejilla removible:** Este aparato psicológicamente es menos traumático para el niño, debido a que el niño tiene control del aparato, por lo tanto se debe utilizar en pacientes en que el hábito sea consciente, que el niño tenga la plena convicción de abandonar el hábito y que no sea de corta edad.

El aparato para la eliminación del hábito de succión digital tanto fijo como removible, deberá permanecer en boca de 4-6 meses en la mayor parte de los casos. Un período de 3 meses después que desaparece completamente el hábito del dedo es un buen seguro en contra de la recidiva.

La estructura de la rejilla está diseñada para:

1. El hábito pierda su sentido
2. Evita que el hábito desplace los incisivos en sentido labial y evita la creación de mordida abierta
3. Obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, con esto la lengua cambia de forma, ejerce mayor fuerza contra los segmentos posterosuperiores y las porciones periféricas de ésta descansan sobre las caras oclusales evitando la sobreerupción de los dientes posteriores.
4. Estimula el desarrollo de la deglución visceral.



❖ **Lip-Bumper:** Su objetivo es hacer una reeducación neuromuscular.<sup>5,25</sup>

Esta aparatología puede ser fija o removible, incorporándose arcos de alambre que pueden ir cubiertos con material acrílico por vestibular para detener y aliviar la presión que ejercen el labio inferior y el músculo buccinador sobre las estructuras dentarias, permitiendo el desarrollo de los arcos y el alivio del apiñamiento y encontrándose que los cambios dentales que se obtienen con el uso de este aparato son mayores cuando el Lip Bumper es fijo.

Este aparato está indicado para interceptar hábitos de succión y mordedura de labio inferior. El período más efectivo para usar el Lip Bumper es desde la dentición mixta temprana hasta la adolescencia, cuando se encuentran al máximo las dinámicas de crecimiento y desarrollo.<sup>27</sup>

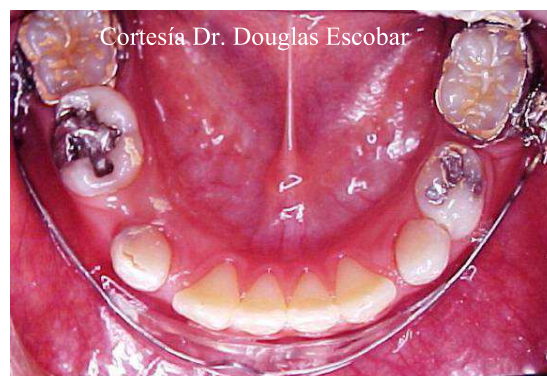


Fig. 8 Lip Bumper fijos en boca

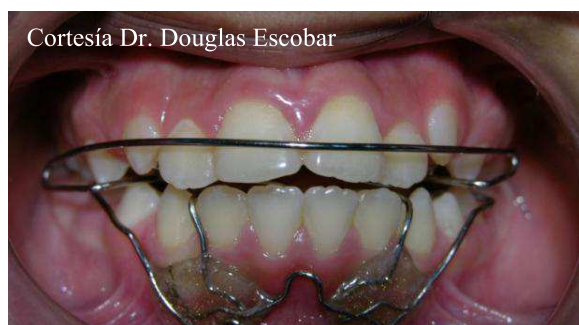


Fig. 9 SN6 con Lip Bumper

El aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. Esto no solo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida horizontal.

Existe una variada gama de aparatos para la eliminación de hábitos orales que no son tan frecuentemente utilizados y se mencionarán de manera breve a continuación:



Fig. 10 Barra palatina con tubo de teflón

- ❖ **Barra palatina con tubo de teflón:** Este aparato sirve para que el paciente haga girar el aditamento que esta en la barra con la lengua y así se reduzca la ansiedad de succionar el dedo y ayuda a reeducar la lengua al colocarla en la posición que debe tener al deglutir. Existen diferentes aditamentos que se pueden colocar en la barra como perlas de acrílico, cuentas pequeñas similares a las utilizadas en la fabricación de collares.<sup>5</sup>



Fig. 11 Pantalla vestibular de Hotz

- ❖ **Pantalla Vestibular o Pantalla Vestibular de Hotz:** Las pantallas vestibulares pueden ayudar a resolver las mordidas abiertas producidas por la succión de los dedos y el mantenimiento de patrones de deglución visceral. Utilizando el aparato por la noche y 2 -3 horas durante el día, se puede eliminar el hábito de succión digital y labial en un plazo de 3 meses. Está indicado su uso en niños hiperactivos o con problemas potenciales de comportamiento que se chupan los dedos persistentemente y protruyen la lengua. El uso previo de estos escudos vestibulares pueden dar mayores resultados y provocar menos traumas psicológicos. En la dentición mixta la pantalla vestibular sirve para suprimir los patrones musculares deformantes y permitir el normal desarrollo y erupción de los dientes.<sup>26</sup>
  
- ❖ **Férula de Anke:** Es una férula plástica de 0.5 a 1 mm. de polietileno transparente o colorido que cubre los dientes y el paladar. De esa forma elimina el contacto con la mucosa y consecuentemente la pérdida de placer.<sup>12</sup>

- ❖ **Sistema TRAINER:** Es un sistema de aparatos para entrenamiento muscular, que se utilizan tanto en niños con dentición decidua y/o mixta, como en pacientes con dentición permanente. Los cuales se mencionan a continuación: <sup>27</sup>



Fig. 12 Trainer  
Tomada de [www.myoresearch.com](http://www.myoresearch.com)

Permite un ejercicio activo que fomenta la masticación correcta del niño y el uso de sus músculos masticatorios. Obliga al niño a respirar por la nariz, y también lo entrena a deglutir con la lengua en una posición correcta.

Se considera necesario mencionar que hasta el momento no se han realizado investigaciones científicas sobre los resultados que pueden producir el sistema TRAINER, por lo que en esta investigación únicamente se mencionan como opciones de tratamiento que ayudan a la eliminación de hábitos orales.

Por otra parte, varios autores recomiendan la realización de ejercicios musculares para ayudar a la corrección autónoma y para evitar el restablecimiento de hábitos anormales de labio y de lengua. Además se menciona que estos ejercicios fortalecen la musculatura perioral y que la

musculatura labial prácticamente retiene el tono obtenido mediante ejercitación por hasta 18 meses después de la finalización de los ejercicios. Se recomiendan ejercicios musculares sencillos; no es un objetivo del presente trabajo explicar ampliamente dichos ejercicios, por lo cual se solo se mencionaran a continuación:

- Al niño se le pide que extienda el labio superior lo más que pueda metiendo el borde bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores. Este ejercicio deberá realizarse de 15 a 30 minutos diarios, durante un período de 4 a 5 meses, cuando el niño presenta el labio corto superior.<sup>3</sup>
- Cuando la protrusión de los incisivos superiores constituye un problema, el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior. Primero el borde bermellón de labio inferior se coloca entonces contra la posición exterior del labio superior extendido y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior. Este tipo de ejercicio es de una gran influencia retractora sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tonicidad de ambos labios.<sup>3</sup>
- Se le debe indicar al paciente colocar el dedo índice en la punta de la lengua y luego en la unión del paladar duro con el blando, posteriormente que coloque la punta de la lengua en esa parte del paladar, que ocluya cierre sus labios y que trague manteniendo la lengua en esa posición. El uso de señales táctiles ayuda al paciente a comprender donde debe ir su lengua, para que aprenda el nuevo patrón de deglución de manera conciente.<sup>4</sup>
- Para reforzar la deglución inconciente se utilizarán pastillas bicóncavas (conocidas también como “mentitas o salvavidas”) de algún sabor ácido

para promover el flujo de saliva. Se instruye al paciente que coloque alguna de las pastillas sobre la lengua y la mantenga contra el paladar en la posición correcta hasta que se haya disuelto completamente. Hacer que el paciente controle el tiempo con un reloj de segundero, debe registrar el tiempo en minutos y segundos y volver a colocar inmediatamente la pastilla en su lugar correcto, y volver a tomar el tiempo.<sup>4</sup>

- Se deberá instruir al paciente para que practique la deglución 20 veces antes de cada comida. Frente a un espejo y teniendo un vaso de agua en una mano, el niño deberá tomar un sorbo de agua, que cierre la boca en oclusión dental, que ubique la punta de la lengua contra la papila incisiva y degluta. Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución progresa satisfactoriamente.<sup>15</sup>

Al finalizar el tratamiento, se espera haber logrado una nueva conducta que formará parte del nuevo estilo de vida del paciente. Se recomienda mostrar al paciente fotos de su condición bucal antes de iniciar el tratamiento y fotos posteriores a éste, para generar en el niño (a) una sensación de autosatisfacción que lleva a obtener en él o ella un hábito, compromiso y a la práctica en un período largo.<sup>28</sup>

Los hábitos orales de succión deben ser considerados por el clínico como un patrón de conducta de naturaleza multivariada, por lo que el tratamiento en algunos casos debe ser multidisciplinario, al recomendar la interconsulta con el psicólogo y foniatra; debido a que el factor emocional en muchos casos está íntimamente relacionado al hábito, como también lo son las alteraciones musculares. El odontólogo deberá ser capaz de detectar errores de fonación y reconocer aquellos relacionados con una maloclusión. Entre los defectos más

comunes está el ceceo, que puede ser causado en parte por irregularidades de los dientes anteriores. La pronunciación de otras consonantes fricativas (F, V) y de apoyo alveolar (T, N, D) pueden también ser afectadas por los dientes mal alineados, no es muy probable resolver estos errores relacionados al habla sin un tratamiento fonológico asociado.<sup>4, 20, 30</sup>

Se han realizado investigaciones en diferentes países sobre la presencia de hábitos orales de succión reflejando lo siguiente:

En la clínica estomatológica de la Habana Cuba se seleccionó una muestra de 270 niños al azar comprendidos entre los 6 y 11 años de edad y entre los resultados que obtuvieron la succión digital ocupa el tercer lugar con un 15.56 %, seguido de la succión de labio con un 12.96%, succión de chupete con un 8.15%, succión de biberón 5.19%. Además encontraron que en el grupo etáreo de 5-6 años los hábitos de biberón (57,58 %), y succión digital (35,71 %), es más frecuente. Mientras que la succión de tete (45,46 %), es mayor en grupo de 7 a 8 años.<sup>31</sup>

Así también en México se realizó una investigación sobre los hábitos orales más frecuentes en niños de 5 a 13 años que acuden a la clínica estomatológica del diplomado de ortodoncia y ortopedia de Iztacala en la que se revisaron 200 historias clínicas de las cuales 152 presentaron los hábitos orales, de chupón en un 15%, onicofagia en un 28%, succión digital en un 10%, succión lingual en un 14% y succión labial en un 33%. En el estudio se encontró que el hábito oral más frecuente en esta muestra es la succión labial y la edad en la que estos hábitos aparecen con más incidencia en la población es a los 8 años.<sup>32</sup>

Por otra parte, en Brasil se llevó a cabo una investigación en una guardería de Piracicaba, con una muestra de 1163 niños de 0 a 6 años. En

ésta investigación se encontró que los métodos más frecuentemente usados para eliminar el hábito de succionar el chupete son: interrupción abrupta (111; 22%), explicación de los padres hacia el niño (29; 1%), uso de sustancias de sabor desagradable en el pacificador (5; 1%), eliminación espontánea por el niño (13; 3%), explicación profesional al niño (10; 2%).<sup>13</sup>

En Calí, Colombia se efectuó una investigación sobre la efectividad de la rejilla palatina para la eliminación del hábito de succión digital en una población de 75 niños cuyas edades oscilaban entre los 4 y 10 años. De ellos 33 (44%) se encontraban en dentición temporal y 42 (56%) en dentición mixta. Los resultados reflejan que suspendieron el hábito con la terapia 63 (84%) pacientes, de los cuales 28 son del grupo con dentición temporal (85%) y 35 (83%) del grupo con dentición mixta. Los resultados favorables se obtuvieron durante el primer mes de instalación de la rejilla.<sup>33</sup>

En Santiago, Chile se realizó una investigación sobre frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años. El 66% presentó malos hábitos, de estos los mas frecuentes son los hábitos de succión con un 62%, seguido por respiración oral con un 23% e interposición lingual con 15%. Los objetos más succionados fueron el biberón con un 55%, el dedo con un 23% y 15% el chupete y un 7% otros.<sup>34</sup>

Por otra parte en México, se llevo a cabo una investigación a partir de expedientes clínicos sobre los malos hábitos orales en niños. Los resultados reflejaron que un 56% de pacientes presentaban algún hábito pernicioso; manifestándose una predisposición significativa en los pacientes de sexo femenino. Los hábitos de succión no nutritiva se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes del grupo de niñez temprana, mientras que los



hábitos de morder se manifestaron predominantemente en preadolescentes y adolescentes. La onicofagia y el bruxismo se presentaron en un 23 %, succión digital y respiración bucal en un 11 %, succión del labio y/o lengua en un 7 %.<sup>35</sup>

En Zagreb, Croacia se realizó una investigación sobre incidencia de hábitos orales de succión en pacientes con dentición mixta, con una población de 1025 pacientes de 6 a 11 años, el 33.37% presentó hábitos orales, entre los cuales se incluyen: onicofagia, mordedura de objetos, hábitos orales de succión, empuje lingual simple, mordedura de carrillo y labio.<sup>36</sup>

En Sao Paulo, Brasil se efectuó una investigación sobre la prevalencia de factores y características de hábitos de succión no nutritiva en niños de 5 a 9 años de edad, con una población de 1606 niños, reflejando una prevalencia del 19% de niños con hábitos de succión no nutritiva y con predominio por el sexo masculino.<sup>37</sup>

Se realizó en Brasil un estudio sobre las manifestaciones clínicas y la frecuencia de hábitos deformantes en niños (as) de 5 a 11 años de edad, con una población de 1064, de los cuales el 19.8% de los niños (as) presentó hábitos orales; el hábito de succión digital fue el más frecuente con 18.5%.<sup>38</sup>

En la Habana, Cuba se investigó sobre la prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años de edad, con una población de 576 niños (as), el cual se encontró que el hábito oral más frecuente es la deglución anormal con 47.9% seguido por la succión digital con un 28.9%.<sup>39</sup>

En México se llevó a cabo una investigación sobre los malos hábitos orales en infantes de guarderías del Instituto Mexicano de Seguro Social, con una muestra de 189 niños (as), el 47.6% presentó algún mal hábito oral.<sup>40</sup>

En la Habana, Cuba se realizó una investigación sobre la cura sugestiva nocturna y aurículopuntura de hábitos bucales deformantes, cuyo universo fue de 45 pacientes, el 100% de los pacientes presentaban hábitos orales de succión, el sexo más afectado fue el femenino con un 53%, el hábito más frecuente fue la onicofagia con un 42%, seguido por la succión digital con 37.8% y empuje lingual con 20%.<sup>41</sup>

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de investigación o estudio

La investigación que se desarrollo es de tipo Epidemiológica Descriptiva, la cual, tuvo como objetivo conocer los hábitos orales de succión más frecuente y los tratamientos utilizados en los pacientes atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005.

### Variables e Indicadores

Variable	Indicadores
Frecuencia de pacientes que presentan hábitos orales de succión por género en la FOUES	* Sexo femenino * Sexo masculino
Frecuencia de pacientes que presentan hábitos orales de succión por rango de edad en la FOUES	* 3.0 – 5.11 años * 6.0 – 8.11 años * 9.0 – 12.0 años
Tipos de hábitos orales de succión en pacientes de la FOUES	* Succión digital * Succión labial * Succión de objetos * Succión de lengua * Succión de frenillo

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Succión de chupete</li> <li>* Succión digital más succión de labio</li> <li>* Succión de labio más succión de objetos</li> <li>* Succión de labio más succión de chupete</li> </ul>
Tratamientos utilizados en la FOUES para la eliminación de hábitos orales de succión	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aparatología fija: Rejilla, Botón de Nance con rejilla, Barra transpalatina con rejilla.</li> <li>* Aparatología removible: Lip-bumper, Placa activa con rejilla., Pistas Planas con rejilla.</li> <li>* Tratamiento psicológico: Terapia psicológica, sugestión.</li> </ul>

### Tiempo y Lugar

El tiempo estipulado para la recolección de los datos estuvo programado para los meses de Noviembre y Diciembre de 2005, período en el cual se procedió a la revisión y análisis de los expedientes clínicos de los años 2003 - 2005 del Área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Universidad de El Salvador.

### Población y Muestra

La población estuvo conformada por los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el Área de Odontología Infantil y Ortodoncia en el período 2003 – 2005, de la cual se tomó una muestra, que posee las mismas características de la población, por lo que los resultados pueden ser extrapolados.

Los criterios de inclusión para que la población formara parte dentro de la muestra fueron:

1. Que el expediente sea del Área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.
2. Que el expediente haya sido elaborado en el período comprendido entre los años 2003- 2005.
3. Que el expediente tuviera la información completa (datos generales, diagnóstico y plan de tratamiento revisado y aprobado por un docente encargado del área).

En el período 2003 -2005, se elaboró un total de 1,237 expedientes clínicos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la FOUES, de los cuales únicamente 926 cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos.

De estos 926 expedientes se procedió a obtener una muestra para determinar la incidencia con que se presentan los hábitos orales de succión, una vez establecido esto, se trabajó únicamente con la población que presentó hábitos orales de succión para establecer cuales son los hábitos orales más frecuentes y los tipos de tratamiento realizados.

Para la realización del presente estudio no se llevó a cabo únicamente un conteo de expedientes de pacientes que presentan hábitos orales de succión, sino que se utilizó un método estadístico, para establecer la incidencia con que se presenta el problema en la población en estudio. Para esto, se contó con la colaboración del Ingeniero Mario Antonio Bermúdez<sup>1</sup>, quien ayudó a determinar

---

<sup>1</sup> Ing. Mario Antonio Bermúdez. Ing. Agrónomo, Responsable de la Cátedra de Estadística de la Facultad de Ciencias Agronómicas de la Universidad de El Salvador.

el tipo de método a utilizar para la obtención del tamaño de la muestra y el software a utilizar para la recolección y análisis de los datos.

Para la selección de las unidades de análisis que pertenecían a la muestra, se hizo uso del Muestreo Probabilístico, su ventaja reside en que las unidades de análisis son seleccionadas en forma aleatoria, es decir al azar, cada elemento tiene la misma probabilidad de ser seleccionado y es posible conocer el error del muestreo.

Además, se utilizó el Muestreo Estratificado por Afijación Proporcional al tamaño de la población, el cual se aplicó para estratificar de acuerdo a edad y género, en este método cada estrato tiene un número de elementos en la muestra proporcional a su tamaño.

Es importante mencionar que se obtuvo una muestra por cada año, para identificar la incidencia en cada uno.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente expresión algebraica:

$$nt = \frac{1n}{1 + n / N}$$

Notación:

nt = Tamaño total de la muestra finito.

n = Tamaño de muestra infinito.

N = Tamaño de población total.

El primer paso es calcular el valor de "n" para la cual se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{p \cdot q}{(E)^2}$$

Notación:

p = Proporción poblacional de la ocurrencia de un fenómeno (generalmente el valor de "p" en una investigación no se conoce, en estos casos se asume que P vale 50% o sea 0.5).

q = Proporción poblacional de la no ocurrencia de un fenómeno (se asume que "q" toma un valor de 50% o sea 0.5).

E = Error permisible, que es igual al 5%.

Sustituyendo:

$$n = \frac{(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{0.25}{0.025}$$

$$n = 100$$

El siguiente paso es calcular el valor de "nt":

$$nt = \frac{1n}{1 + n / N}$$

Sustituyendo los valores para el año 2003:

$$nt = \frac{1(100)}{1 + 100 / 231}$$

$$nt = \frac{100}{1 + 0.43}$$

$$nt = \frac{100}{1.43}$$

$$nt = 69.93 \approx 70$$

La muestra para el año 2003 sería de 70, ahora se estratificará por género, para lo cual se utiliza la siguiente fórmula:

$$nE = nt (wh)$$

Notación:

$nE$  = Tamaño del estrato

$nt$  = Tamaño total de la muestra

$wh$  = Fracción de muestreo que se obtiene de relacionar el tamaño del estrato entre el tamaño de la población.

$$wh = nE / N \quad (\text{En este caso "nE" corresponde al numero total de varones dentro de la población total})$$

$$wh = 112 / 231$$

$$wh = 0.48$$

Así tenemos para el género masculino:

$$nEm = nt (wh)$$

$$nEm = 70 ( 0.48 )$$

$$nEm = 33.93 \approx 34$$

Así tenemos para el género femenino:

$$nEf = nt (wh)$$

$$nEf = 70 (119 / 231)$$

$$nEf = 70 ( 0.52 )$$

$$nEf = 36.4 \approx 36$$



Este mismo procedimiento se utilizó para determinar la muestra y estratos de los años 2004 y 2005 (ver anexo 1). A continuación se presenta la siguiente tabla con los resultados obtenidos.

**Resultados del tamaño de muestra estratificado por año y género:**

<b>AÑO</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>
<b>2003</b>	70	36	34
<b>2004</b>	80	43	37
<b>2005</b>	75	41	34
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>120</b>	<b>105</b>

Para la selección de las unidades de análisis que conformaron la muestra, se utilizó el Método Probabilístico Aleatorio Simple, con la Técnica de Papelitos, la cual consiste en enumerar los sujetos que pueden formar parte de la muestra realizando así una lista y elaborar papelitos con los números de cada sujeto e introducirlos en una caja, luego ir extrayendo cada papelito y ver a que sujeto corresponde el número seleccionado para así formar parte de la muestra. Este proceso se realizó en base al género, es decir, se llevó a cabo para el sexo femenino y después para el sexo masculino.

## **Recolección y análisis de los datos**

La recolección de los datos se llevó a cabo por medio de la Técnica de Observación, con el instrumento Guía de Observación (Ver anexo 2) que se aplicó en los expedientes clínicos del Área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador del período de 2003 – 2005.

Para realizar el análisis de los datos, se hizo uso del programa Statistical Product for Service Solutions 11.0 (SPSS), el cual se utilizó para recolección de datos, acceso y preparación de los datos, análisis y creación de informe.

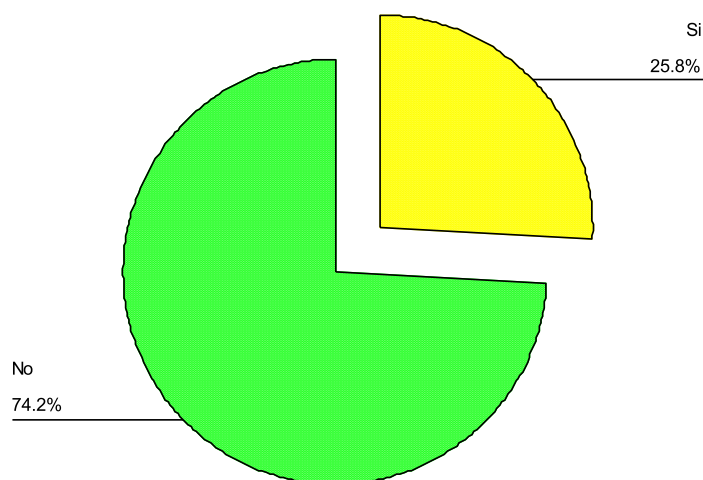
## RESULTADOS DEL CONSOLIDADO DE LOS AÑOS 2003 - 2005

**Tabla 1 Frecuencia de hábitos orales de succión consolidado de años 2003- 2005**

F	Presencia de Hábito		TOTAL
	SI	NO	
	58	167	225
%	25.8%	74.2%	100%

### Frecuencia de hábitos orales de succión

2003 - 2005



**Gráfico 1** Frecuencia de hábitos orales de succión

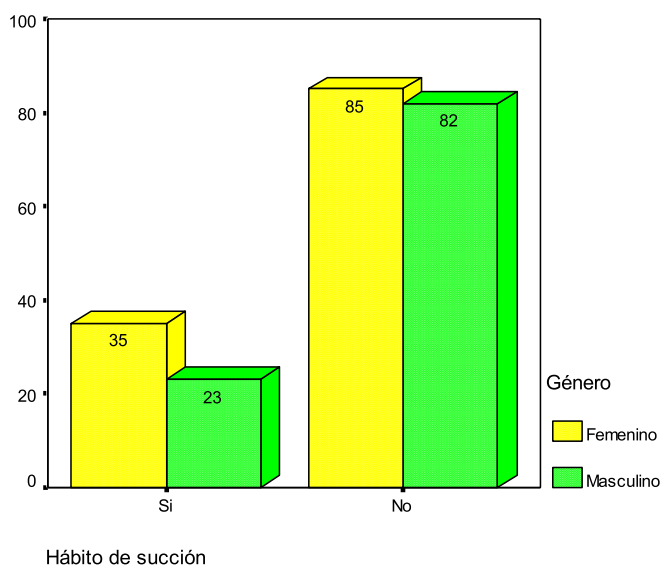
**Interpretación:** De 225 pacientes, el 25.8% (58) presentan hábitos orales de succión, mientras que el 74.2% (167) no presentan hábitos.

**Tabla 2 Frecuencia de hábitos orales de succión por género consolidado de años 2003- 2005**

Hábito de succión	SI	Recuento	Género		TOTAL
			Femenino	Masculino	
		Recuento	35	23	58
		% de Hábito de succión	60.3%	39.7%	100.0%
	NO	Recuento	85	82	167
		% de Hábito de succión	50.9%	49.1%	100.0%
<b>Total</b>		Recuento	120	105	225
		% de Hábito de succión	53.3%	46.7%	100.0%

### Frecuencia de hábitos orales de succión por género

2003 - 2005



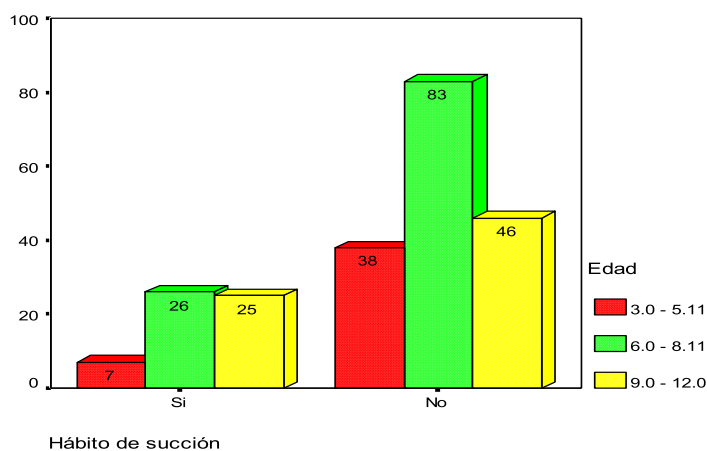
**Gráfico 2** Frecuencia de hábitos orales de succión por género

**Interpretación:** de 225 pacientes, el 25.8% (58) presenta hábitos orales de succión; los cuales están distribuidos según el género en 60.3% (35) para el género femenino y 39.7% (23) para el género masculino.

**Tabla 3 Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad consolidado de años 2003- 2005**

Hábito de succión	SI	Recuento	Edad			TOTAL
			3.0 - 5.11	6.0 - 8.11	9.0 - 12.0	
Hábito de succión	SI	Recuento	7	26	25	58
		% de Hábito de succión	12.1%	44.8%	43.1%	100.0%
Hábito de succión	NO	Recuento	38	83	46	167
		% de Hábito de succión	22.8%	49.7%	27.5%	100.0%
Total		Recuento	45	109	71	225
		% de Hábito de succión	20.0%	48.4%	31.6%	100.0%

**Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad 2003 - 2005**



**Gráfico 3** Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad

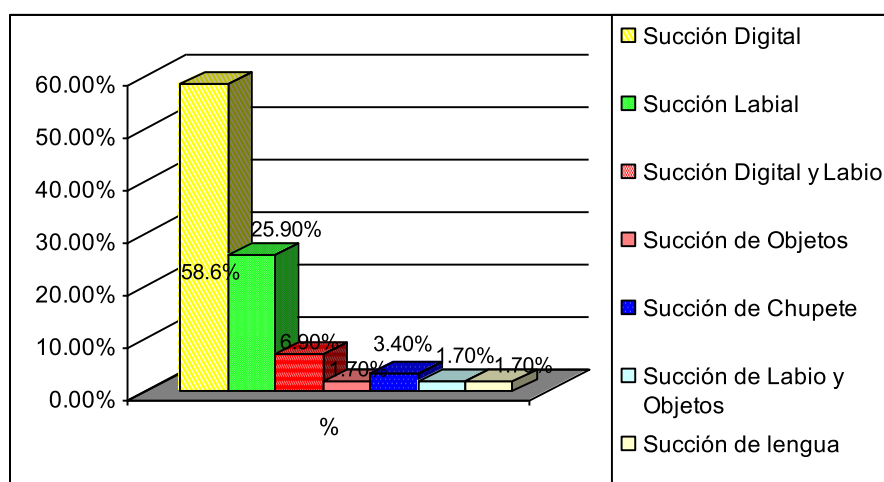
**Interpretación:** Del 25.8% (58) de los pacientes que presentan hábitos orales de succión, el 12.1% (7) se encuentran en el rango de edad de 3.0 a 5.11 años, el 44.8% (26) se encuentran en el rango de 6.0 a 8.11 años y el 43.1% (25) se encuentran entre los 9.0 a 12.0 años.

**Tabla 4 Hábitos orales de succión más frecuentes consolidado de años 2003- 2005.**

HÁBITOS ORALES DE SUCCIÓN	F	%
Succión Digital	34	58.6%
Succión Labial	15	25.9%
Succión de lengua	1	1.7%
Succión de Chupete	2	3.4%
Succión Digital y Labio	4	6.9%
Succión de Objetos	1	1.7%
Succión de Labio y Objetos	1	1.7%
TOTAL	58	100 %

### Hábitos orales de succión más frecuentes

2003 - 2005



**Gráfico 4** Hábitos orales de succión más frecuentes años

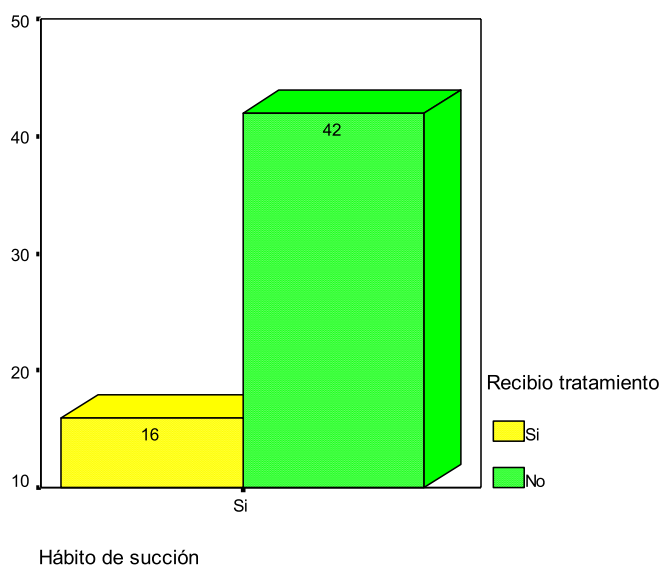
**Interpretación:** Del 25.8% de pacientes que presentan hábitos orales de succión, el 58.6% presenta succión digital, 25.9% succión labial, 6.9% succión digital y succión labial, 3.4% succión de chupete, 1.7% succión labial y succión de objetos, 1.7% succión de lengua, 1.7% succión de objetos.

**Tabla 5 Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito consolidado de años 2003- 2005**

Hábito de succión	SI	Recuento % de Hábito de succión	Recibió tratamiento		TOTAL
			Si	No	
			16 27.6%	42 72.4%	58 100.0%

**Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito**

2003 - 2005



**Gráfico 5** frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito

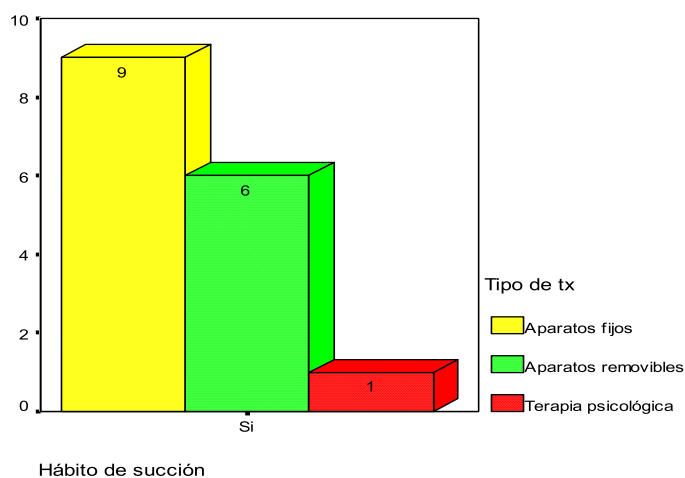
**Interpretación:** Del 25.8% (58) de los pacientes que presentaron hábitos orales de succión el 27.6% (16) recibió tratamiento para eliminar el hábito mientras que un 72.4% (42) no recibió.

**Tabla 6 Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión años 2003-2005**

Hábito de succión	SI	Recuento % de Hábito de succión	Tipo de Tratamiento			TOTAL
			Aparatos Fijos	Aparatos Removibles	Terapia Psicológica	
		9 56.3%	9 56.3%	6 37.5%	1 6.3%	16 100.0%
<b>Total</b>		Recuento % de Hábito de succión	9 56.3%	6 37.5%	1 6.3%	16 100.0%

**Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión**

2003 - 2005



**Gráfico 6** Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión

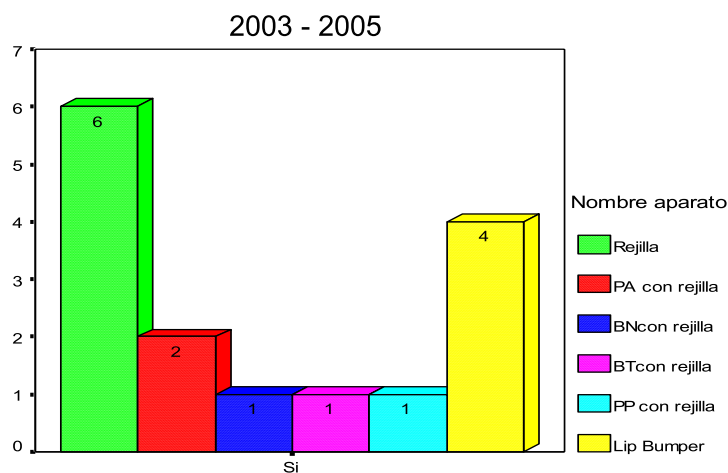
**Interpretación:** Del 27.6% (16) de pacientes con hábitos orales de succión que recibieron tratamiento, el 56.3% (9) se le colocó aparatología fija, el 37.5% (6) restante se le colocó aparatología removible y 6.3% (1) recibió terapia psicológica.



**Tabla7 Rompe hábitos más utilizados en la FOUES años 2003 - 2005**

Hábito de succión	SI	Recuento % de Hábito de succión	Nombre aparato					Lip Bumper	Total
			Rejilla	PA con Rejilla	BN con Rejilla	BT con Rejilla	PP con Rejilla		
		6 40.0%	2 13.3%	1 6.7%	1 6.7%	1 6.7%	4 26.7%	15 100.0%	
<b>Total</b>		6 40.0%	2 13.3%	1 6.7%	1 6.7%	1 6.7%	4 26.7%	15 100.0%	

**Rompe hábitos más utilizados en la FOUES años 2003 - 2005**



Hábito de succión

PA: Placa Activa BN: Botón de Nance BT: Barra Transpalatina PP: Pistas Planas

**Gráfico 7** Rompe hábitos más utilizados en la FOUES

**Interpretación:** Del 27.6% (16) de pacientes con hábitos orales de succión que recibieron tratamiento, al 40.0% (6) se le colocó una rejilla, al 26.7% Lip Bumper, al 13.3% (2) Placa activa con rejilla, al 6.7% (1) Botón de Nance con rejilla, 6.7% (1) Barra transpalatina con rejilla y 6.7% (1) Pistas planas con rejilla.

## LIMITACIONES

Es importante hacer notar que las fichas clínicas de las cuales se obtuvieron los datos del área de Odontología Infantil no contaban con un apartado para hábitos orales de succión, ya que eran fichas del antiguo formato, por lo que no se sabe si el paciente no presentaba hábitos o no se indagó sobre ello. Lo antes mencionado se considera pudo haber afectado el resultado.

Durante la recolección de los datos, es importante mencionar que debido a que los datos se obtuvieron de expedientes clínicos, no se tuvo un parámetro uniforme de evaluación de los pacientes, ya que fueron personas ajenas a la investigación quienes llevaron a cabo el proceso de Diagnósticos y Plan de Tratamiento.

El tipo de población usuaria a la que se le presta servicio en la FOUES, es en su mayor parte, de bajos recursos económicos, razón por la cual se considera que muchos de los pacientes que fueron atendidos en el área de Odontología Infantil ya no continuaron el tratamiento en el área de Ortodoncia y es por eso que hay un gran número de pacientes con diagnóstico de hábitos orales de succión pero que no recibieron tratamiento para la eliminación de éstos.

También se considera una limitación la falta de conocimiento por parte de los padres, sobre los hábitos orales de succión y los efectos que éstos pueden producir sobre las estructuras orofaciales de sus hijos, por tanto no le dan la debida importancia al problema y no ven como una necesidad el darle tratamiento.

Así mismo, se considera que en la población que se ubica en el rango de edad de 3.0 - 5.11 años que es usuaria de los servicios ofrecidos en las clínicas de Odontología Infantil y Ortodoncia de la FOUES es reducida, por lo cual esto influyó para la obtención de los resultados en este rango de edad.

## DISCUSIÓN

Además se realizó un consolidado de datos que abarcan todo el período 2003 – 2005 y los resultados obtenidos han sido comparados con otros estudios referentes a los hábitos orales de succión y los tratamientos más utilizados, estableciendo entre éstos similitudes y discrepancias.

La presente investigación refleja que el 25.8% de la población en estudio presenta hábitos orales de succión; difiriendo con la investigación realizada en 1997 en la Habana Cuba que presenta el 68.15% de población con hábitos orales, en la cual se incluyeron todos los hábitos orales deformantes (onicofagia, deglución infantil, bruxismo, respiración bucal), por lo tanto el porcentaje de presencia es elevado. Así mismo se difiere con la investigación realizada en el año 2004 en Iztacala, México, quienes obtuvieron un 76% de pacientes con hábitos orales en la cual además de los hábitos orales de succión se incluye el hábito de onicofagia. Además se difiere de la investigación realizada en el año 1999 en Santiago de Chile en la que el 66% de la población presentó malos hábitos orales, así también se difiere con la investigación realizada en el año 1995, en México, con el 56% de pacientes que presentaba hábitos orales perniciosos y un estudio realizado en el año 2004, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual presentó un porcentaje de 46%. Por otra parte, se coincide con las investigaciones realizadas en el año 2002 en Sao Paulo con un 19% de pacientes con hábitos de succión no nutritiva, así mismo en 1997 en Brasil se llevo a cabo una investigación en la que el 19.8% presentó hábitos orales y en el año 2002 en Zagreb, Croacia en la cual el 33.37% presentaba hábitos orales.

Del total de la población afectada de nuestra investigación el 60.3% pertenece al género femenino y el 39.7% al género masculino, siendo el

femenino el más afectado, concordando con el estudio realizado en el año 1998 en la Habana Cuba con un porcentaje 53% para el sexo femenino, así también, con la investigación realizada en el año 1995, en México, quienes coinciden que el sexo femenino es el más afectado, concordando todo lo anterior con lo planteado por Proffit, quien afirma que las niñas tienen más probabilidades de seguir succionándose el dedo después de empezar la etapa escolar que los niños. Una valoración del grupo investigador referente a este resultado es que el sexo femenino puede estar siendo más afectado debido a que las niñas son más sensibles emocionalmente y descargan sus inseguridades en la práctica de algún hábito de succión. Por otro lado el sexo masculino es educado desde pequeño a enfrentar las situaciones emocionales de diferente manera y se les exige tener un comportamiento más maduro y esto a su vez está influenciado a factores socioculturales.

El rango de edad que presentó el mayor porcentaje de hábitos orales de succión es de 6.00 – 8.11 años con un 44.8%, lo que coincide con las investigaciones realizadas en Iztacala (México) y Habana (Cuba) en las cuales encontraron que la edad promedio es de 8 años.

El hábito oral de succión más frecuente en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (FOUES) es la succión digital con un 58.6%, seguida por la succión labial con un 25.9%, succión digital más succión labial 6.9%, succión de chupete 3.5% y los hábitos de succión labial con succión de objetos, succión de lengua y succión de objetos obtuvieron 1.7% cada uno; mientras que en el estudio realizado en la Habana (Cuba) los dos hábitos más frecuentes en dicha población son: deglución infantil 28.89% y onicofagia 28.52%. La succión digital ocupa el tercer lugar en frecuencia con un porcentaje 15.56%, seguido por succión labial con un 12.96% y la succión de chupete con 8.15%. Por otra parte en Iztacala (México) los resultados fueron:

succión labial 33%, onicofagia 28%, succión de chupete 15%, succión lingual 14% y la succión digital 10%. En un estudio realizado en 1998 en la Habana Cuba, la succión digital fue el segundo lugar con el 37.8%, siendo el primero la Onicofagia con 42%, y en el año 2004 en el mismo país, se realizó una investigación que reflejó un resultado similar ubicando el hábito de succión digital con una frecuencia de 28.9%. En el año 1999 en Santiago de Chile, los objetos más succionados son: biberón (55%), Digital (23%), Chupete (15%) y otros (7%). Así también en una investigación realizada en Brasil en 1997, el hábito de succión digital obtuvo una frecuencia de 18.5%. Por otro lado, en el año 1995 en México, se encontró que los hábitos más frecuentes fueron: Onicofagia y Bruxismo con un 23%, Succión Digital y Respiración oral 11%, labio y/o lengua con un 7%.

Del porcentaje de la población que presentó hábitos orales de succión que es un 25.8%, únicamente el 27.6% recibió tratamiento, mientras que el 72.4% no recibió tratamiento para la eliminación de dichos hábitos.

Del 27.6% de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar el hábito el 56.3% fue tratado con aparatología fija, el 37.5% con aparatología removible y el 6.3% fue referido a terapia psicológica.

Entre los aparatos, tanto fijos como removibles, para eliminar los hábitos orales de succión los más frecuentemente utilizados en la FOUES son: la Rejilla con un 40%, Lip Bumper con 26.7%, Placa Activas más Rejilla 13.3%, Botón de Nance más rejilla 6.7%, Barra Transpalatina con rejilla 6.7% y pistas Planas con rejilla 6.7%.

## CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación realizadas en pacientes atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período 2003 – 2005 se concluye lo siguiente:

- Del total de la muestra el porcentaje que presentan hábitos orales de succión es del 25.8%.
- El género femenino es el que presenta con mayor frecuencia hábitos orales de succión con un porcentaje de 60.3%, mientras que el masculino 39.7%.
- El rango de edad que presenta con mayor frecuencia hábitos orales de succión es el de 6.0 – 8.11 años con un porcentaje de 44.8%, seguido por 9.0 – 12.0 años con un 43.1% y 3.0 – 5.11 años con un 12.1%.
- Los hábitos orales de succión que se presentan con mayor frecuencia son: succión digital con un 58.6%, succión labial con 25.9%, succión digital más succión labial 6.9%, succión de chupete 3.4%, succión labial más succión de objetos 1.7%, succión de lengua 1.7% y succión de objetos 1.7%.
- El porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento para la eliminación de hábitos orales de succión es únicamente el 27.6%.
- El tipo de tratamientos más utilizados para la eliminación de hábitos orales de succión: aparatología fija 56.3%, aparatología removible 37.5% y tratamiento psicológico 6.3%
- La aparatología más utilizada para eliminación de hábitos orales de succión son: Rejilla 40%, Lip Bumper 26.7%, Placa Activa más rejilla 13.3%, Botón de Nance más rejilla 6.7%, Barra Transpalatina más rejilla 6.7% y Pistas Planas más rejilla 6.7%.

Por tanto se concluye que aunque no constituye una cantidad considerable de pacientes que presentan hábitos orales de succión sí se considera importante que el odontólogo lo tome en cuenta al momento del diagnóstico y plan de tratamiento con el fin de prevenir o limitar el daño de malformaciones orofaciales que se puedan derivar de éstos

## RECOMENDACIONES

Se recomienda a:

A los Coordinadores de Áreas de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador:

- Que dentro de la ficha clínica de Odontopediatría en el apartado de hábitos bucales, se complemente con los factores que modifican el hábito como son tiempo, duración e intensidad; y que se incluya en el sumario de Ortodoncia un apartado referente a hábitos orales de succión posea aspectos como: tipo de hábitos, tiempo, duración e intensidad para así facilitar el proceso de recolección de datos para la elaboración del diagnóstico y plan de tratamiento respectivo. (VER ANEXOS 3 Y 4)
- Que se le dé mayor importancia al enfoque preventivo y así detectar de manera temprana la presencia de hábitos deletéreos, para evitar y/o limitar los efectos producidos por éstos.
- Establecer una mejor coordinación entre el área de Odontología Infantil y Ortodoncia, para obtener un mayor número de referencias oportunas, para que aumente el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento para la eliminación de hábito.

A los estudiantes que cursan las áreas clínicas de Odontología Infantil y Ortodoncia:

- Que se les explique de manera completa y comprensible a los padres de familia de los niños que presentan hábitos orales de succión, los problemas que pueden derivarse de los hábitos orales de succión y hacerle conciencia sobre la importancia de realizar un tratamiento ortodóncico temprano.
- Indagar sobre el significado emocional del hábito para el niño y las influencias del medio que lo rodea (familia, escuela, amigos).



## BIBLIOGRAFIA

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Carlos Manuel Aboitiz Rivera. El chupón y el hábito de succión. HA [en línea] [fecha de acceso 28 de Octubre de 2005]; URL disponible en: <http://www.pepsline.com/tema/chupon.htm>
2. J.R. Pinkham. Odontología Pediátrica. 3ª Edición. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2001 Capítulo 14. Páginas 222 – 224.
3. T.M. Graber. “*Ortodoncia: teoría y práctica.*” 3ª Edición. México: Editorial Interamericana Mc Graw-Hill; 1991. Capítulo 6. Páginas 269 – 306.
4. Robert E. Moyers. Manual de ortodoncia. 4ª Edición. Buenos Aires Argentina: Editorial Panamericana; 1992. Sección I Crecimiento y Desarrollo. Capítulo 7. Páginas 156 – 160.
5. Oscar Quirós. Manual de Ortopedia funcional de los maxilares y Ortodoncia interceptiva, Caracas Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas latinoamericana, C.A. (AMOLCA); 1993.
6. Oscar Quirós. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. RLDOYO. [en línea] [fecha de acceso 15 de Octubre de 2005] URL disponible en: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/orientacion\\_psicologica\\_habitos\\_odontologia.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/orientacion_psicologica_habitos_odontologia.asp)
7. Fernando Escobar Muñoz. Odontología Pediátrica. 2ª Edición Caracas, Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas latinoamericana, C.A. (AMOLCA); 2004. Capítulo XVII. Páginas 451-452
8. José Antonio Canut Brusola. Ortodoncia Clínica Y Terapéutica. Barcelona España: Editorial Masson; 2001 Página 237, 531.

9. Ruy Henríquez. Organización Genital Infantil. RCMFCH. [en línea] Septiembre de 2002 – Septiembre 2003.[fecha de acceso 17 de Octubre 2005]; 1 (18) URL disponible en:  
<http://www.filosofia.net/materiales/num/num18/Geninfan.htm#ast>
10. Antonio Carlos Guedes-Pinto. Rehabilitación bucal en Odontopediatría. atención integral. 1ª Edición. México: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C.A. (AMOLCA); 2003.
11. Pedro Planas. Rehabilitación Neuro-Oclusal. 2º Edición Barcelona España; Edición Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.; 1994. Capitulo 12. Pagina 183-184
12. Luis R. de Figueiredo, Walter A. Ferelle, Myaki Issao. Odontología para el Bebé. Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. 1ª Edición Sao Paulo, Brasil: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A. (AMOLCA); 2000. Página 83
13. Esber Çaglar, Erick Larsson y otros. Feeding, artificial sucking habits, and malocclusion in 3-year-old girls in different regions of the world. JDC. 2005; 72(1): 25 – 29
14. Viviane V. Degan, Regina M. Puppim-Rontoni Prevalence of pacifier – sucking habits and successful methods to eliminate them – A preliminary study. JDC. 2005; 71 (2): 148–151.
15. McDonald R., Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. 5º Edición Buenos Aires Argentina: Editorial Médica Interamericana; 1992 Capítulo 28. Paginas 726 – 732
16. William R. Proffit. Ortodoncia Contemporánea. 3era Edición. Madrid España: Harcourt; 2001. Páginas 75
17. Ernest T. Klein. Pressure habits, etiological factors in malocclusion. AJO 2002; - (-): 559-587
18. Kent M. Van De Craaff. Human Anatomy. 5º Edición. Estados Unidos; McGraw Hill; 1998. Páginas 240 - 245

19. John V. Basmajian. Anatomía. 7° Edición. México D. F. ; Nueva Editorial Interamericana; 1983. Página 130-133.
20. Ronan O´ Rahilly. Anatomía. 5° Edición. México; Editorial Interamericana McGraw-Hill; 1989. Páginas 758, 765-767, 780-782 y 829-834.
21. Joa Jhoammes W. Rohen / Chihino Yohoshi. Color Atlas of Anatomy. A Photographic Study of Human Body. 3° Edición. Alemania; IGACU – SHOIN; 1993. Páginas 24 - 65
22. Samir E. Bishara, W.B. An Approach To The Diagnosis Of Different Malocclusions. Textbook Of Orthodontics. USA: Sanders Company; 2001 Capítulo 13 Página 162.
23. Spiro J. Chaconas. Ortodoncia. 1° Edición . México D.F.. Editorial El Manual Moderno; 1982. Página 198-203.
24. Gabriel Espinal, Carlos Arturo Gómez. Principios básicos de la aparatología removible. 1° Edición. Perú; 1995. Página 50 - 53
25. Juana Di Santi de Modazo. Fuerzas producidas por el Lip Bumper. AOV [en línea] Abril 2005.[fecha de acceso 20 de Agosto 2006]; 43 (1): URL disponible en:  
[http://www.actaodontologica.com/43\\_1\\_2005/fuerzas\\_por\\_lip\\_bumper.as](http://www.actaodontologica.com/43_1_2005/fuerzas_por_lip_bumper.as)
26. Thomas Graber, Alexander Petrovic. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. 2ª Edición España: Brace Publishers Internacional; Páginas 97, 98 y 151
27. Myofunctional Research Co. Sistema TRAINER™. MRC [en línea] Febrero 2006.[fecha de acceso 23 de Marzo 2006]; URL disponible en:  
[http://www.myoresearch.com/cms/index.php?nuevo\\_en\\_mrc](http://www.myoresearch.com/cms/index.php?nuevo_en_mrc)
28. Norman O. Harris, Franklin García-Godoy. Odontología preventiva primaria. 1° Edición México D.F. Editorial El Manual Moderno; 2001. Página 317-319.

29. Suga S., Strazzeri M., Rodríguez G., Duarte D. Ortodoncia En La Dentición Decidua. Diagnostico, plan de tratamiento y control general. 1º Edición Colombia: Editorial Actualidades Médico Odontológicas latinoamericana, C.A. (AMOLCA); 2004. Página 45.
30. Thomas M. Graber, Robert L. Vanarsdall. Ortodoncia. Principios generales y técnicas . 2º Edición. Editorial Médica Panamericana. Página 23 y 24.
31. Maria Fernández y Colaboradora. Hábitos deformantes en escolares de primaria. RCO [En línea] 1997 [Fecha de acceso 23 Octubre de 2005] 12(2):79-83 URL Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12\\_2\\_97/ord02297.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord02297.htm)
32. Hilda Rojo Botello y Colaboradores. Hábitos orales mas frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar 2003. [En línea] 2004 [Fecha de acceso 20 de mayo de 2006]  
URL Disponible en:  
[http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum\\_y\\_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/habitosoral58.htm](http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/habitosoral58.htm)
33. Judy Elena Villavicencio y Colaborador. Efectividad de la rejilla palatina en el tratamiento del hábito de succión digital en niños. CM [En línea] 2001. [Fecha de acceso 20 de mayo de 2006] 32 (03) URL Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO3/rejilla.htm>
34. Agurto V. y Colaboradores. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área oriente de Santiago. RCP. [En línea] 1999. [Fecha de acceso 25 de Noviembre de 2006] 70 (6) URL Disponible en:  
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041061999000600004&script=sci>

35. Bayardo Casillas y Colaboradores. Los malos hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. ADM [En línea] 1995. [Fecha de acceso 25 de Noviembre de 2006] 52 (1) URL Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/ADM/Odv52n1/espanol/Wod51-02.html>
36. Bosnjak A y Colaboradores. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. JOR. [En línea] 2002. [Fecha de acceso 25 de Noviembre de 2006] 29 (9) URL Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12366589&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12366589&dopt=Abstract)
37. Patricia de Oliveira. Estudo da prevalência, características e fatores relacionados à persistência dos hábitos de sucção não nutritiva em crianças de 5 a 9 anos de idade. [En línea] 2002. [Fecha de acceso 25 de Noviembre de 2006] URL disponible en : <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=BBO&lang=p&format=detailed.pft&indexSearch=ID&exprSearch=6363>
38. Norailys Pérez y Colaboradores. Manifestações clínicas e freqüência de hábitos deformantes em crianças de 5 a 11 anos de idade, nas escolas "Rogelio Perea" e "5 de Novembro" do Município Melena do Sur, La Havana. RO [En línea] 1997. [Fecha de acceso 25 de Noviembre de 2006] 5 (4) URL disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=BBO&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=4114&indexSearch=ID>
39. Rosa Podadera y Colaboradora. Prevalencia de hábitos deformantes en y anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años de edad, 2002-2003. RCE. [En línea] 2004. [Fecha de acceso 25 de Noviembre de 2006] 41 (2) URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000200004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000200004&script=sci_arttext)
40. Medina Solis y Colaboradores. Malos hábitos orales en infantes de guarderías del IMSS. RMIMSS. [En línea] 2004. [Fecha de acceso 25 de

Noviembre de 2006] 39 (5) Disponible en URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=306607&indexSearch=ID>

41. *Ana Liz Suárez*. Cura sugestiva nocturna y aurículopuntura de hábitos bucales deformantes. RCFCMMGCH [En línea] 1998. [Fecha de acceso 25 de Noviembre de 2006] 2 (4) Disponible en URL: <http://www.cocmed.sld.cu/no24/n24ori1.htm>

**ANEXOS**

## LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1** Obtención de muestras para años 2004 – 2005.
- Anexo 2** Guía de Observación
- Anexo 3** Propuesta de tabla de hábitos orales a ser incluida en sumario de Ortodoncia
- Anexo 4** Propuesta de tabla de factores que modifican el hábito oral para ser incluido en la ficha de odontopediatría
- Anexo 5** Resultados 2003, 2004 y 2005. Análisis comparativo de 2003 – 2005
- Anexo 6** Protocolo de investigación.



## ANEXO 1

### Obtención de muestras para años 2004 – 2005.

$$2004 \quad n_t = \frac{1n}{1 + n/N} = \frac{1(100)}{1 + 100/395}$$

$$n_t = \frac{100}{1 + 0.25} = \frac{100}{1.25}$$

$$n_t = 80$$

La muestra para el año 2004 sería de 80, ahora se estratificará por género. Así tenemos para el género masculino:

$$\begin{aligned} n_{Em} &= n_t (w_h) \\ n_{Em} &= 80 (184 / 395) \\ n_{Em} &= 80 (0.46) \\ n_{Em} &= 37.26 \approx 37 \end{aligned}$$

Así tenemos para el género femenino:

$$\begin{aligned} n_{Ef} &= n_t (w_h) \\ n_{Ef} &= 80 (211 / 395) \\ n_{Ef} &= 80 (0.53) \\ n_{Ef} &= 42.73 \approx 43 \end{aligned}$$

$$2005 \quad n_t = \frac{1n}{1 + n/N} = \frac{1(100)}{1 + 100/300}$$

$$n_t = \frac{100}{1 + 0.33} = \frac{100}{1.33}$$

$$n_t = 75$$

La muestra para el año 2005 sería de 75, ahora se estratificará por género. Así tenemos para el género masculino:

$$\begin{aligned} n_{Em} &= n_t (w_h) \\ n_{Em} &= 75 (138 / 300) \\ n_{Em} &= 75 (0.46) \\ n_{Em} &= 34.5 \approx 34 \end{aligned}$$

Así tenemos para el género femenino:

$$\begin{aligned} n_{Ef} &= n_t (w_h) \\ n_{Ef} &= 75 (162 / 300) \\ n_{Ef} &= 75 (0.54) \\ n_{Ef} &= 40.5 \approx 41 \end{aligned}$$

## ANEXO 2

### GUÍA DE OBSERVACIÓN

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
COORDINACIÓN GENERAL DE  
PROCESOS DE GRADUACIÓN



### HÁBITOS ORALES DE SUCCIÓN MÁS FRECUENTES Y TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA Y ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Código \_\_\_\_\_

#### **Indicaciones:**

- El número de código será: el número correlativo seguido por un guión y el año del expediente clínico. Ej. 001 - 03
- Leer detenidamente cada uno de los aspectos a observar
- Llenar la Guía de Observación con lapicero.
- Encerrar en un círculo el literal que corresponda a la respuesta
- Si la respuesta a la pregunta 1 es No, no se deberá proceder a llenar las siguientes preguntas.
- Si la respuesta a la pregunta 3 es No, no deberá proceder a llenar las preguntas 4 y 5.

## GUÍA DE OBSERVACIÓN

Número de Exp.: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

1. ¿Presenta hábito oral de succión?

a) Si                      b) No

2. Tipo de hábito oral de succión que presenta

a) Succión digital    b) Succión labial    c) Succión de objetos

d) Succión de lengua    e) Succión de frenillo    f) Succión de chupete

3. ¿Recibió tratamiento para la eliminación del hábito oral de succión?

a) Si                      b) No

4. ¿Qué tipo de tratamiento se utilizó para la eliminación del hábito oral de succión?

a) Aparatología Fijo                      b) Aparatología Removible                      c)

Tratamiento psicológico

5. Nombre del aparato:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de Investigador:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ANEXO 3**  
**PROPUESTA**  
**DE TABLA HÁBITOS ORALES DE SUCCIÓN PARA SER INCLUIDA**  
**EN SUMARIO DE ORTODONCIA**

<b>HÁBITOS ORALES</b>								
<b>HÁBITOS ORALES DE SUCCIÓN</b>					Onicofagia	Respirador oral	Deglución atípica	Otros
Digital	Labial	Chupete	Objetos	Lengua				

Especifique otros hábitos: \_\_\_\_\_

<b>FACTORES QUE MODIFICAN EL HÁBITO</b>			
<b>DURACIÓN</b>	Hasta los 2 años	De 2 a 5 años	De 6 – 12 años
<b>FRECUENCIA</b>	Intermitente / Diurno	Continuo / Nocturno	
<b>INTENSIDAD</b>	Pasiva	Poco intensa	Intensa

**ANEXO 4**  
**PROPUESTA**  
**DE TABLA DE FACTORES QUE MODIFICAN EL HÁBITO ORAL**  
**PARA SER INCLUIDA EN FICHA CLINICA DE ODONTOLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

<b>FACTORES QUE MODIFICAN EL HÁBITO</b>			
<b>DURACIÓN</b>	Hasta los 2 años	De 2 a 5 años	De 6 – 12 años
<b>FRECUENCIA</b>	Intermitente / Diurno	Continuo / Nocturno	
<b>INTENSIDAD</b>	Pasiva	Poco intensa	Intensa

# **ANEXO 5**

## ÍNDICE DE TABLAS

### ***RESULTADOS EN EL AÑO 2003***

- Tabla 1 Presencia de hábitos orales de succión
- Tabla 2 Hábito de succión determinada por género
- Tabla 3 Hábito de succión determinada por edad
- Tabla 4 Hábitos orales de succión más frecuentes en 2003
- Tabla 5 Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito
- Tabla 6 frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión
- Tabla 7 Rompe hábitos más utilizados en la FOUES

### ***RESULTADOS EN EL AÑO 2004***

- Tabla 8 Frecuencia de hábitos orales de succión de 2004
- Tabla 9 Frecuencia de hábitos orales de succión por género
- Tabla 10 Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad
- Tabla 11 Hábitos orales de succión más frecuentes
- Tabla 12 frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito
- Tabla 13 Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión
- Tabla 14 Rompe hábitos más utilizados en la FOUES

### ***RESULTADOS EN EL AÑO 2005***

- Tabla 15 Frecuencia de hábitos orales de succión de 2005
- Tabla 16 Frecuencia de hábitos orales de succión por género
- Tabla 17 Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad
  
- Tabla 18 Hábitos orales más frecuentes en el año 2005
- Tabla 19 Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito

Tabla 20 Frecuencia de tratamientos más utilizados en  
pacientes con hábitos de succión

Tabla 21 Rompe hábitos más utilizados en la FOUES

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

### ***RESULTADOS EN EL AÑO 2003***

Gráfico1 Presencia de hábitos orales de succión

Gráfico 2 Hábito de succión determinada por género

Gráfico 3 Frecuencia de hhábito de succión  
determinada por edad

Gráfico4 Hábitos orales de succión más frecuentes en 2003

Gráfico 5 Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento  
para eliminar hábito

Gráfico 6 frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes  
con hábitos de succión

Gráfico 7 Rompe hábitos más utilizados en la FOUES

### ***RESULTADOS EN EL AÑO 2004***

Gráfico 8 Frecuencia de hábitos orales de succión de 2004

Gráfico 9 Frecuencia de hábitos orales de succión por género

Gráfico 10 Frecuencia de hábitos orales de succión  
por rango de edad

Gráfico 11 Hábitos orales de succión más frecuentes

Gráfico 12 frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento  
para eliminar hábito

Gráfico 13 Frecuencia de tratamientos más utilizados  
en pacientes con hábitos de succión

Gráfico 14 Rompe hábitos más utilizados en la FOUES

### ***RESULTADOS EN EL AÑO 2005***

Gráfico 15 Frecuencia de hábitos orales de succión de 2005

Gráfico 16 Frecuencia de hábitos orales de succión por género



Gráfico 17 Frecuencia de hábitos orales de succión  
por rango de edad

Gráfico 18 Hábitos orales más frecuentes en el año 2005

Gráfico 19 Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento  
para eliminar hábito

Gráfico 20 Frecuencia de tratamientos más utilizados en  
pacientes con hábitos de succión

Gráfico 21 Rompe hábitos más utilizados en la FOUES

**Anexo 5**  
**RESULTADOS DE LOS AÑOS 2003, 2004 y 2005**

Después de la recolección de los datos obtenidos a partir de la revisión de las fichas clínicas de los pacientes atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, se encontraron los siguientes resultados que a continuación se presentan en tablas y gráficos.

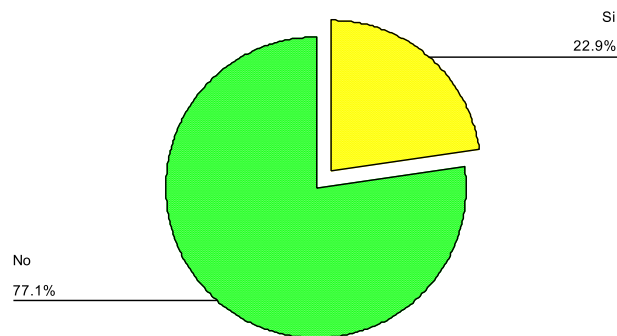
**RESULTADOS EN EL AÑO 2003**

**Tabla 1 Presencia de hábitos orales de succión**

	Presencia de Hábito		TOTAL
	SI	NO	
F	16	54	70
%	22.9%	77.1%	100%

**Frecuencia hábitos orales de succión**

Año 2003



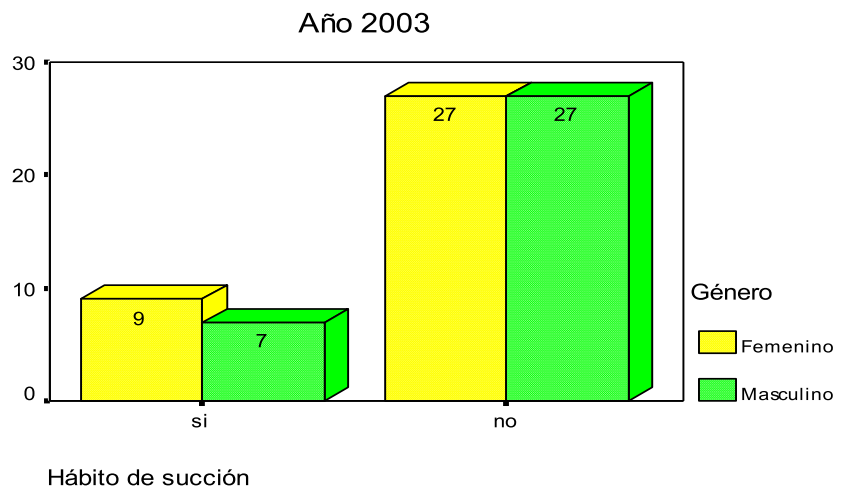
**Gráfico 1** Presencia de hábitos orales de succión

**Interpretación:** De 70 pacientes, el 22.9% (16) presentan hábitos orales de succión, mientras que el 77.1% (54) no presentan hábitos.

**Tabla 2 Hábito de succión determinada por género Año 2003**

		Género		Total	
		Femenino	Masculino		
Hábito de succión	SI	Recuento	9	7	16
		% de Hábito de succión	56.3%	43.8%	100.0%
	NO	Recuento	27	27	54
		% de Hábito de succión	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Recuento	36	34	70
		% de Hábito de succión	51.4%	48.6%	100.0%

**Frecuencia hábitos orales de succión por género**



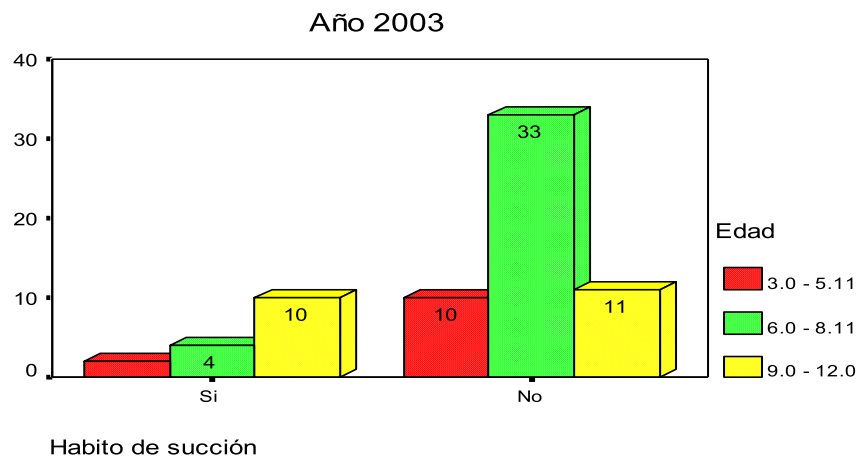
**Gráfico 2** Hábito de succión determinada por género

**Interpretación:** de 70 pacientes, el 22.9% (16) presenta hábitos orales de succión; los cuales están distribuidos según el género en 56.3% (9) para el género femenino y 43.8% (7) para el género masculino.

**Tabla 3 Hábito de succión determinada por edad para el año 2003**

		Edad			Total
Hábito de succión	SI	3.0 - 5.11	6.0 - 8.11	9.0 - 12.0	
		Recuento	2	4	10
	% de Hábito de succión	12.5%	25.0%	62.5%	100.0%
Hábito de succión	NO	3.0 - 5.11	6.0 - 8.11	9.0 - 12.0	
	Recuento	10	33	11	54
	% de Hábito de succión	18.5%	61.1%	20.4%	100.0%
Total	Recuento	12	37	21	70
	% de Hábito de succión	17.1%	52.9%	30.0%	100.0%

**Frecuencia hábitos orales de succión por rango de edad**



**Gráfico 3** Hábito de succión determinada por edad

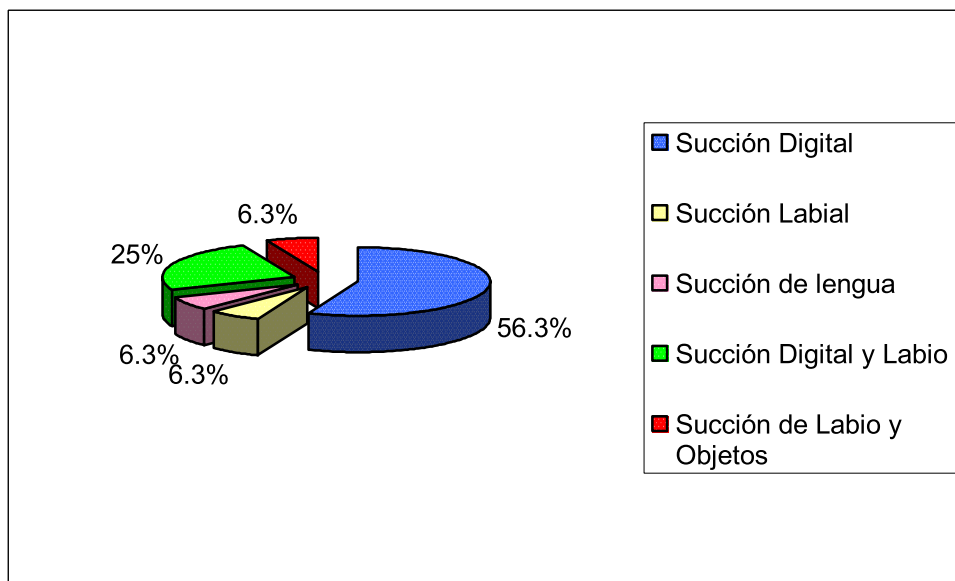
**Interpretación:** Del 22.9% de los pacientes que presentan hábitos orales de succión, el 12.5% (2) se encuentran en el rango de edad de 3.0 a 5.11 años, el 25% (4) se encuentran en el rango de 6.0 a 8.11 años y el 62.5% (10) se encuentran entre los 9.0 a 12.0 años.

**Tabla 4 Hábitos orales de succión más frecuentes en año 2003.**

HÁBITOS ORALES DE SUCCIÓN	F	%
Succión Digital	9	56.3%
Succión Labial	2	6.3%
Succión de lengua	1	6.3%
Succión Digital y Labio	5	25.0%
Succión de Labio y Objetos	1	6.3%
TOTAL	16	100%

### Hábitos orales de succión más frecuentes

Año 2003



**Gráfico 4** Hábitos orales de succión más frecuentes en 2003

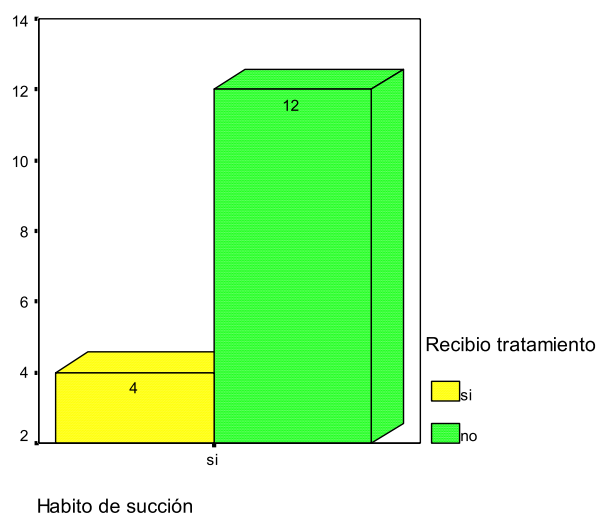
**Interpretación:** Del el 22.9% (16) de pacientes que presentan hábitos orales de succión, el 56.3% presenta succión digital, 25.0% succión digital y succión labial, el 6.3% succión labial y succión de objetos, 6.3% succión de chupete, 6.3% succión de lengua, 6.3% succión labial.

**Tabla 5 Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito en el año 2003**

Hábito de succión	SI	Recuento % de Hábito de succión	Recibió tratamiento		Total
			SI	NO	
			4 25.0%	12 75.0%	16 100.0%

**Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito**

Año 2003



**Gráfico 5** Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito

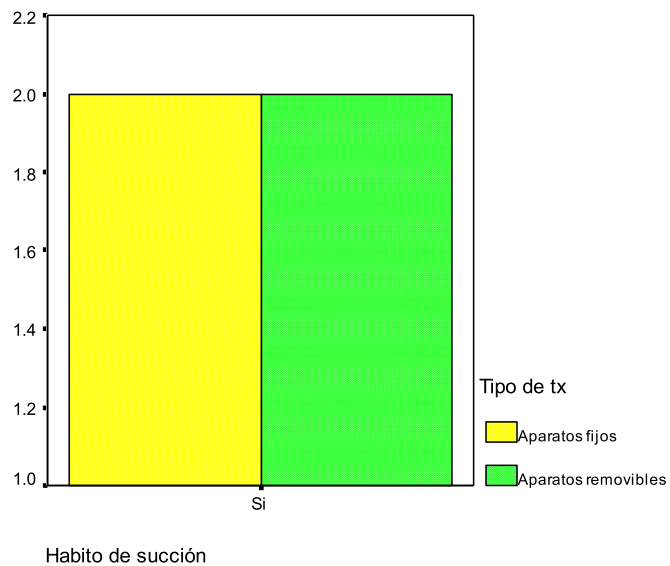
**Interpretación:** Del 22.9% (16) de los pacientes que presentaron hábitos orales de succión el 25% (4) recibió tratamiento para eliminar el hábito mientras que un 75% (12) no recibió.

**Tabla 6 Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión en el año 2003**

		Tipo de Tratamiento		TOTAL
		Aparatología Fija	Aparatología Removible	
<b>Hábito de Succión</b>	si	2	2	4
	Recuento			
	% de Hábito de succión	50.0%	50.0%	100.0%
<b>Total</b>	Recuento	2	2	4
	% de Hábito de succión	50.0%	50.0%	100.0%

**Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión**

Año 2003



**Gráfico 6** Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión

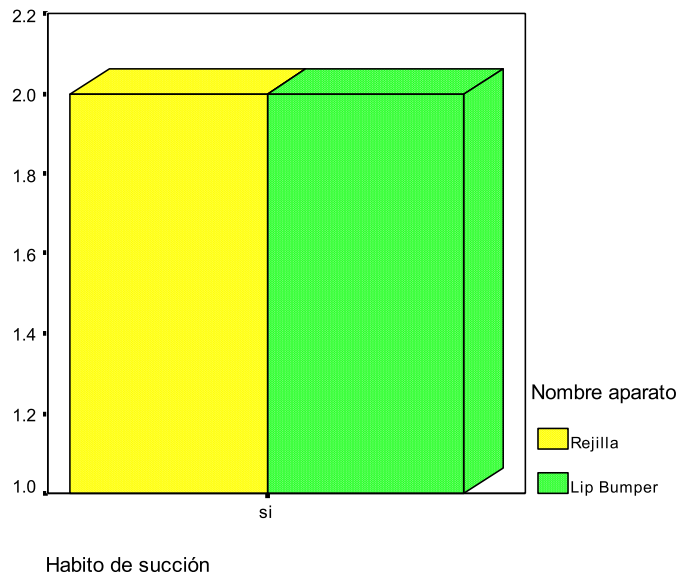
**Interpretación:** Del 25% de pacientes con hábitos orales de succión que recibieron tratamiento, el 50% se le colocó aparatología fija y el 50% restante se le colocó aparatología removible.

**Tabla 7 Rompe hábitos más utilizados en la FOUES en el año 2003**

Hábito de succión	SI	Recuento	Nombre aparato		TOTAL
			Rejilla	Lip Bumper	
		% de Hábito de succión	50.0%	50.0%	100.0%
<b>Total</b>		Recuento	2	2	4
		% de Hábito de succión	50.0%	50.0%	100.0%

**Rompe hábitos más utilizados en la FOUES**

Año 2003



**Gráfico 7** Rompe hábitos más utilizados en la FOUES

**Interpretación:** Del 25% de pacientes con hábitos orales de succión que recibieron tratamiento, el 50% fue tratado con una Rejilla y el 50% restante con Lip Bumper.



## RESULTADOS EN EL AÑO 2004

Tabla 8 Frecuencia de Hábitos orales de succión en el año 2004

F	Presencia de Hábito		TOTAL
	SI	NO	
	21	59	80
%	26.2%	73.8%	100%

Frecuencia de hábitos orales de succión

Año 2004

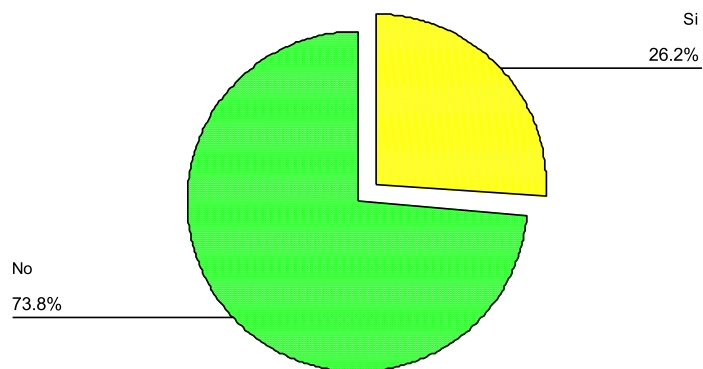


Gráfico 8 Frecuencia de Hábitos orales de succión de 2004

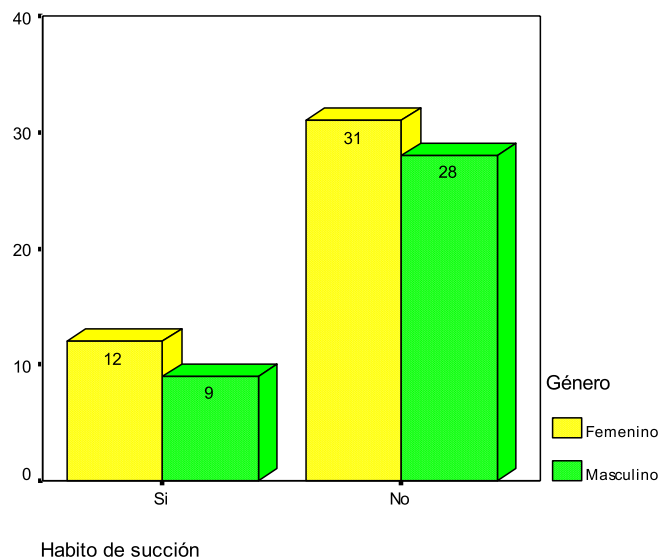
**Interpretación:** De 80 pacientes, el 26.2% (21) presentan hábitos orales de succión, mientras que el 73.8% (59) no presentan hábitos.

**Tabla 9 Frecuencia de hábitos orales de succión por género en el año 2004**

Hábito de succión	SI		Género		TOTAL
			Femenino	Masculino	
	NO	Recuento	12	9	21
		% de Hábito de succión	57.1%	42.9%	100.0%
Total	SI	Recuento	31	28	59
		% de Hábito de succión	52.5%	47.5%	100.0%
		Recuento	43	37	80
		% de Hábito de succión	53.8%	46.3%	100.0%

**Frecuencia de hábitos orales de succión por género**

Año 2004



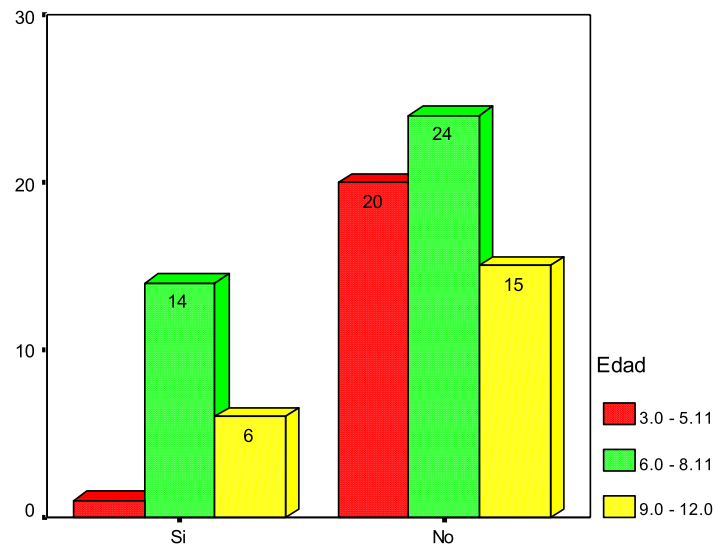
**Gráfico 9** Frecuencia de hábitos orales de succión por género

**Interpretación:** de 80 pacientes, el 26.3% (21) presenta hábitos orales de succión; los cuales están distribuidos según el género en 57.1% (12) para el género femenino y 42.9% (9) para el género masculino.

**Tabla 10 Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad para el año 2004**

Hábito de succión	Si	Recuento	Edad			Total
			3.0 - 5.11	6.0 - 8.11	9.0 - 12.0	
Hábito de succión	Si	Recuento	1	14	6	21
		% de Hábito de succión	4.8%	66.7%	28.6%	100.0%
Hábito de succión	No	Recuento	20	24	15	59
		% de Hábito de succión	33.9%	40.7%	25.4%	100.0%
Total		Recuento	21	38	21	80
		% de Hábito de succión	26.3%	47.5%	26.3%	100.0%

**Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad Año 2004**

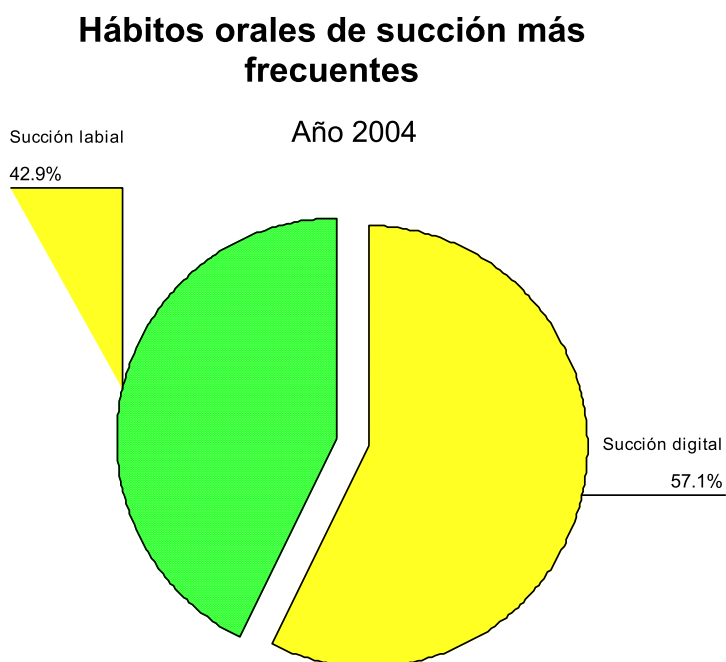


**Gráfico 10** Hábito de succión Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad

**Interpretación:** Del 26.3% de los pacientes que presentan hábitos orales de succión, el 4.8% (1) se encuentran en el rango de edad de 3.0 a 5.11 años, el 66.7% (14) se encuentran en el rango de 6.0 a 8.11 años y el 28.6% (6) se encuentran entre los 9.0 a 12.0 años.

**Tabla 11 Hábitos orales de succión más frecuentes en el año 2004**

HÁBITOS ORALES DE SUCCIÓN	F	%
Succión Digital	12	57.1%
Succión Labial	9	42.9%
TOTAL	21	100%



**Gráfico 11** Hábitos orales de succión más frecuentes

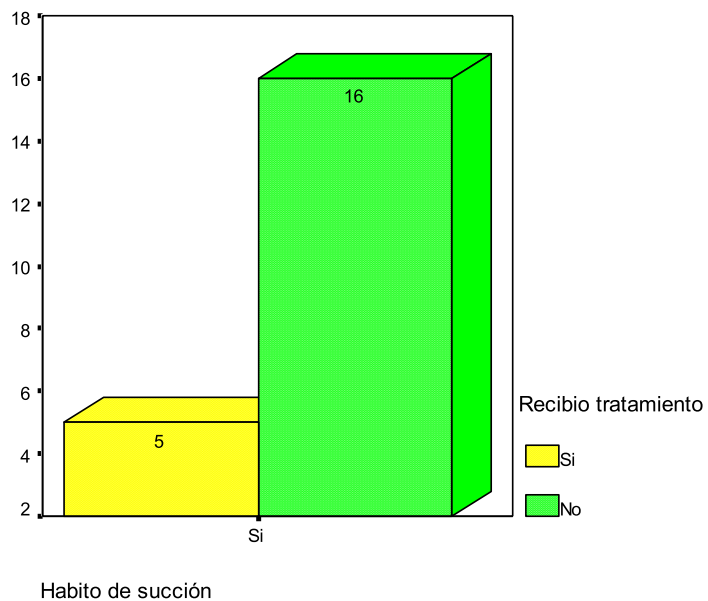
**Interpretación:** Del el 26.3% de pacientes que presentan hábitos orales de succión, el 57.1% presenta succión digital y 42.9% succión labial

**Tabla 12 Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito en el año 2004**

Hábito de succión	SI	Recuento	Recibió Tratamiento		TOTAL
			SI	NO	
		% de Hábito de succión	5	16	21
			23.8%	76.2%	100.0%
<b>Total</b>		Recuento	5	16	21
		% de Hábito de succión	23.8%	76.2%	100.0%

**Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito**

Año 2004



**Gráfico 12** Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito

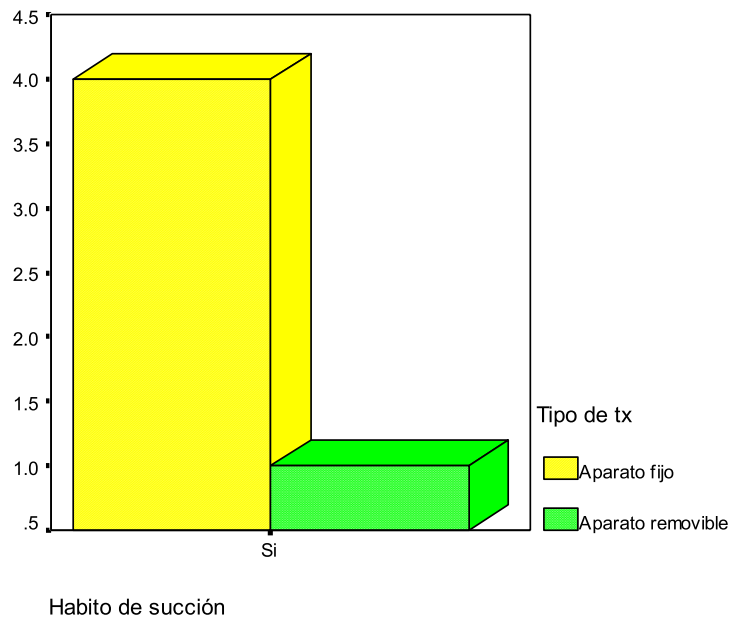
**Interpretación:** Del 26.3% (21) de los pacientes que presentaron hábitos orales de succión el 23.8% (5) recibió tratamiento para eliminar el hábito mientras que un 76.2% (16) no recibió.

**Tabla 13 Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión en el año 2004**

Hábito de succión	SI	Recuento % de Hábito de succión	Tipo de Tratamiento		TOTAL
			Aparato fijo	Aparato removible	
			4 80.0%	1 20.0%	5 100.0%

**Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión**

Año 2004



**Gráfico 13** Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión

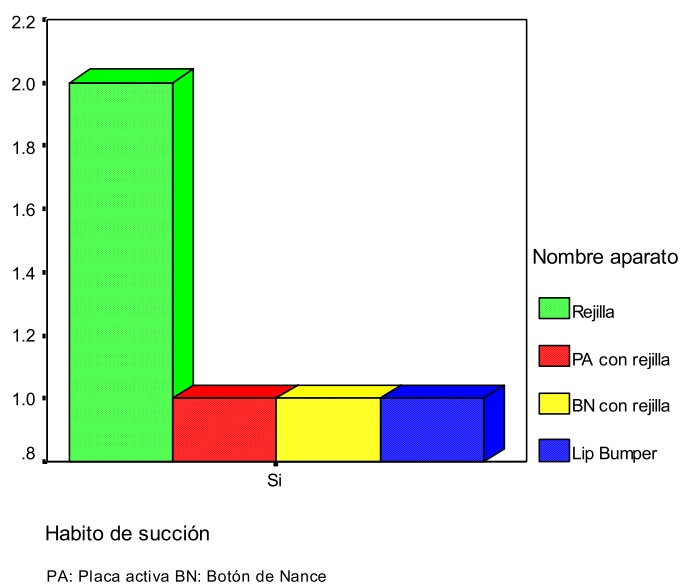
**Interpretación:** Del 23.8% (5) de pacientes con hábitos orales de succión que recibieron tratamiento, el 80% (4) se le colocó aparatología fija y el 20% (1) restante se le colocó aparatología removible

**Tabla 14 Rompe hábitos más utilizados en la FOUES en el año 2004**

Hábito de succión	SI	Recuento	Nombre aparato				TOTAL
			Rejilla	Placa Activa con Rejilla	Botón de Nance con Rejilla	Lip Bumper	
Total		Recuento	2	1	1	1	5
		% de Hábito de succión	40.0%	20.0%	20.0%	20.0%	100.0%
		Recuento	2	1	1	1	5
		% de Hábito de succión	40.0%	20.0%	20.0%	20.0%	100.0%

**Rompe hábitos más utilizados en la FOUES**

Año 2004



**Gráfico 14** Rompe hábitos más utilizados en la FOUES

**Interpretación:** Del 23.8% (5) de pacientes con hábitos orales de succión que recibieron tratamiento, el 40% (2) fue tratado con una Rejilla, 20% (1) Placa activa con rejilla, 20% (1) Botón de Nance con rejilla, 20% (1) con Lip Bumper.

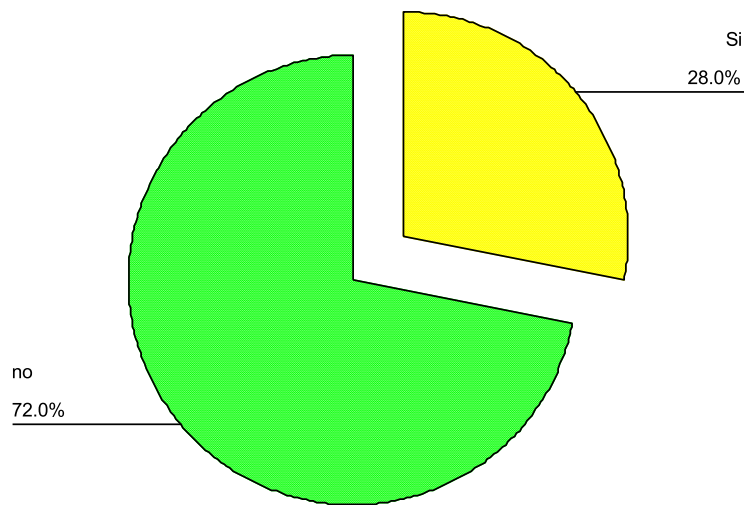
## RESULTADOS EN EL AÑO 2005

**Tabla 15 Frecuencia de hábitos orales de succión en el año 2005**

F	Presencia de Hábito		TOTAL
	SI	NO	
	21	54	75
%	28%	72%	100%

### Frecuencia de hábitos orales de succión

Año 2005



**Gráfico 15** Frecuencia de Hábitos orales de succión de 2005

**Interpretación:** De 75 pacientes, el 28.0% (21) presentan hábitos orales de succión, mientras que el 72.0% (54) no presentan hábitos.

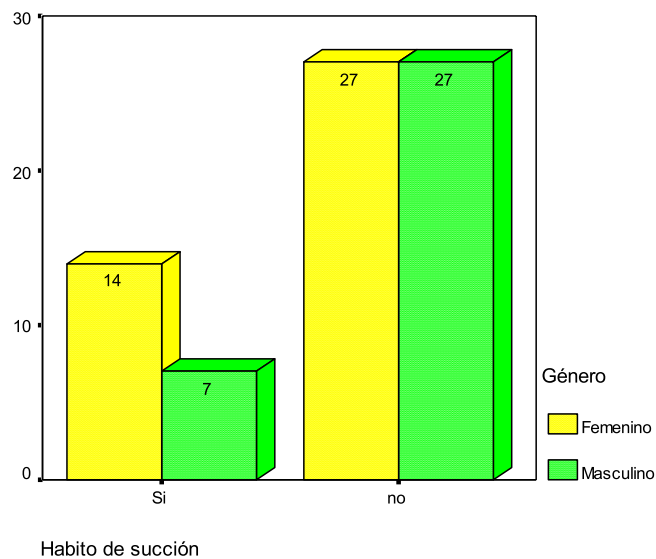


**Tabla 16 Frecuencia de hábitos orales de succión por género año 2005**

Hábito de succión	SI	Recuento	Género		TOTAL
			Femenino	Masculino	
		14	7	21	
		% de Hábito de succión	66.7%	33.3%	100.0%
	NO	27	27	54	
		% de Hábito de succión	50.0%	50.0%	100.0%
<b>Total</b>		41	34	75	
		% de Hábito de succión	54.7%	45.3%	100.0%

**Frecuencia de hábitos orales de succión por género**

Año 2005



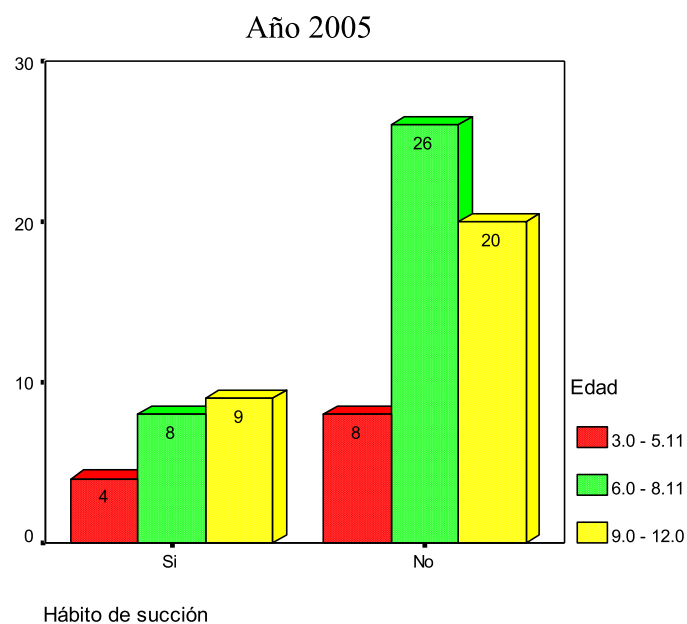
**Gráfico 16** Frecuencia de hábitos orales de succión por género

**Interpretación:** de 75 pacientes, el 28.0% (21) presenta hábitos orales de succión; los cuales están distribuidos según el género en 66.7% (14) para el género femenino y 33.3% (7) para el género masculino.

**Tabla 17 Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad en el año 2005**

Hábito de succión	SI		Edad			TOTAL
			3.0 - 5.11	6.0 - 8.11	9.0 - 12.0	
Hábito de succión	SI	Recuento	4	8	9	21
		% de Hábito de succión	19.0%	38.1%	42.9%	100.0%
		% de Edad	33.3%	23.5%	31.0%	28.0%
	NO	Recuento	8	26	20	54
		% de Hábito de succión	14.8%	48.1%	37.0%	100.0%
		% de Edad	66.7%	76.5%	69.0%	72.0%
Total	Recuento	12	34	29	75	
	% de Hábito de succión	16.0%	45.3%	38.7%	100.0%	
	% de Edad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

**Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad**



**Gráfico 17** Frecuencia de hábitos orales de succión por rango de edad

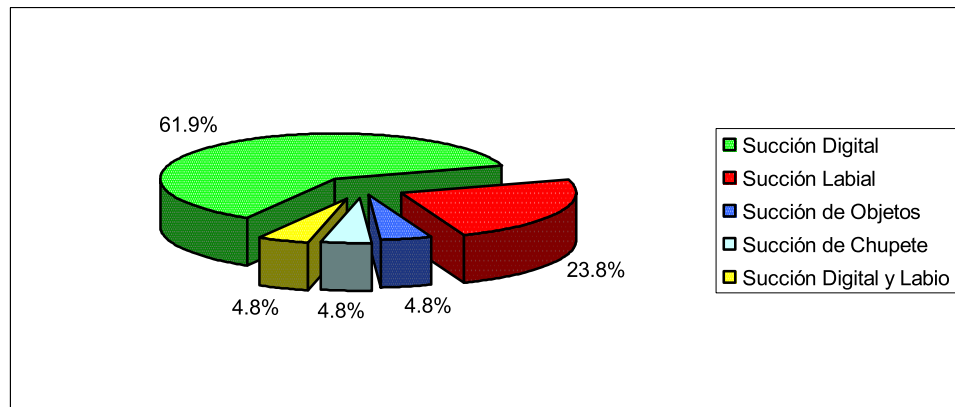
**Interpretación:** Del 28% (21) de los pacientes que presentan hábitos orales de succión, el 19.4% (4) se encuentran en el rango de edad de 3.0 a 5.11 años, el 38.1% (8) se encuentran en el rango de 6.0 a 8.11 años y el 42.9% (9) se encuentran entre los 9.0 a 12.0 años.

**Tabla 18 Hábitos orales más frecuentes en el año 2005**

HÁBITOS ORALES DE SUCCIÓN	F	%
Succión Digital	13	61.9%
Succión Labial	5	23.8%
Succión de Objetos	1	4.8%
Succión de Chupete	1	4.8%
Succión Digital y Labio	1	4.8%
TOTAL	21	100.0%

**Hábitos orales de succión más frecuentes**

Año 2005



**Gráfico 18** Hábitos orales más frecuentes en el año 2005

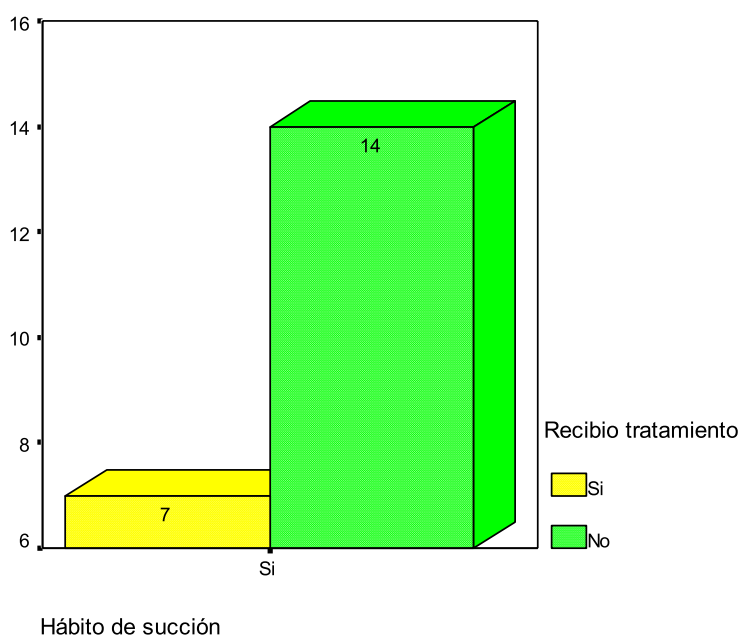
**Interpretación:** Del el 28% de pacientes que presentan hábitos orales de succión, el 61.9% presenta succión digital, 4.8% succión digital y succión labial, 4.8% succión de chupete, 4.8% succión objetos, 23.8% succión labial.

**Tabla 19 Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito en el año 2005**

Hábito de succión	SI	Recuento	Recibió tratamiento		TOTAL
			SI	NO	
			7	14	21
		% de Hábito de succión	33.3%	66.7%	100.0%
<b>Total</b>		Recuento	7	14	21
		% de Hábito de succión	33.3%	66.7%	100.0%

**Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito**

Año 2005

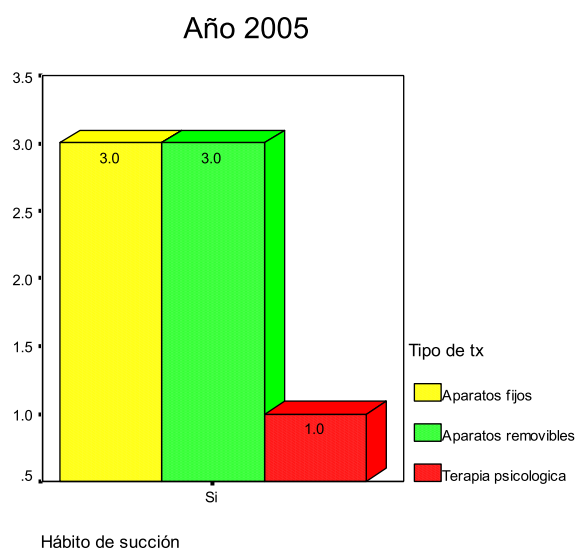


**Gráfico 19** Frecuencia de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar hábito

**Interpretación:** Del 28.0% (21) de los pacientes que presentaron hábitos orales de succión el 33.3% (7) recibió tratamiento para eliminar el hábito mientras que un 66.7% (14) no recibió.

**Tabla 20 Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión año 2005**

Hábito de succión	SI	Recuento % de Hábito de succión	Tipo de Tratamientos			TOT AL
			Aparatos Fijos	Aparatos Removibles	Terapia Psicológica	
			3 42.9%	3 42.9%	1 14.3%	7 100.0%



**Gráfico 20** Frecuencia de tratamientos más utilizados en pacientes con hábitos de succión

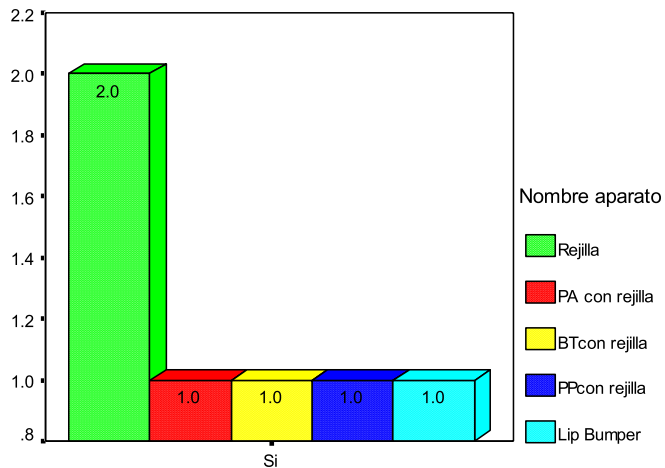
**Interpretación:** Del 33.3% (7) de pacientes con hábitos orales de succión que recibieron tratamiento, el 42.9% (3) se le colocó aparatología fija, el 42.9% (3) restante se le colocó aparatología removible y 14.3% (1) recibió terapia psicológica.

**Tabla 21 Rompe hábitos más utilizados en la FOUES en el año 2005**

Hábito de succión	SI	Recuento % de Hábito de succión	Nombre Aparato					TOTAL
			Rejilla	PA con Rejilla	BT con Rejilla	PP con Rejilla	Lip Bumper	
Total		2 33.3%	2 33.3%	1 16.7%	1 16.7%	1 16.7%	1 16.7%	6 100.0%
		2 33.3%	2 33.3%	1 16.7%	1 16.7%	1 16.7%	1 16.7%	6 100.0%

**Rompe hábitos más utilizados en la FOUES**

Año 2005



Hábito de succión

PA: Placa activa BT: Barra transpalatina PP: Pistas planas

**Gráfico 21** Rompe hábitos más utilizados en la FOUES

**Interpretación:** Del 33% (7) de pacientes con hábitos orales de succión que recibieron tratamiento, el 33.3% (2) fue tratado con una Rejilla, el 16.7% (1) Placa activa con rejilla, el 16.7% (1) Barra transpalatina con rejilla, el 16.7% (1) Pistas planas con rejilla y el 16.7% (1) Lip Bumper

## **ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS EN LOS AÑOS 2003, 2004 Y 2005.**

Al comparar los resultados obtenidos por cada año, se pueden observar el comportamiento que han presentado los hábitos orales de succión en los pacientes atendidos en las clínicas de Odontología Infantil y Ortodoncia en el período 2003 – 2005. Así la trayectoria que ha tenido es la siguiente:

- La frecuencia con que se presentaron los hábitos orales de succión en el año 2003 es de 22.9%, presentando un aumento para los años 2004 (26.2%) y 2005 (28.0%) con una diferencia entre estos últimos de 2.2%.
- Durante el período 2003 – 2005 el género femenino fue el que más presentó hábitos orales de succión. En el año 2003 el porcentaje fue de 56.3%, el año 2004 es de 57.1% y se observó un aumento de 9.6% para el año 2005 ya que la frecuencia es de 66.7%.
- El rango de edad de 9.0 – 12.0 años es el que más presenta hábitos orales de succión en los años 2003 (62.5%) y 2005 (42.9%), mientras que para el año 2004 el rango de edad más afectado es de 6.0 – 8.11 años con un porcentaje de 66.7%.
- El hábito oral de succión más frecuente es la succión digital, que presenta un porcentaje similar para los años 2003 (56.3%) y 2004 (57.1%), a diferencia con el año 2005 en el que se observa un aumento con un porcentaje de 61.9%.
- La cantidad de pacientes que recibieron tratamiento para eliminar los hábitos orales de succión se comportó de manera similar en los años 2003 (25%) y 2004 (23.8%), sin embargo para el año 2005 se incrementó a un 33.3%.
- El tratamiento para eliminación de hábitos orales de succión más utilizado dentro del período 2003 – 2005 fue la aparatología fija.

Presentando los siguientes porcentajes año 2003 fue de 50%, 2004 con un 80% y el año 2005 con 42.9%.

- El aparato más utilizado para la eliminación de hábitos orales de succión fue la Rejilla Palatina, para el año 2003 presento un porcentaje de 50%, para el año 2004 fue de 40% y para el año 2005 fue de 33.3%.



**ANEXO 6**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
COORDINACIÓN GENERAL DE  
PROCESOS DE GRADUACIÓN**



**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**HÁBITOS ORALES DE SUCCIÓN Y TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN  
LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE ODONTOLOGÍA  
PEDIÁTRICA Y ORTODONCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORES:  
SARA MARLENE CARRILLO LÓPEZ  
CLAUDIA ELENA ESCOBAR LOZANO  
ADRIANA MARÍA TEXIN SEGURA**

**DOCENTE DIRECTOR:  
DR. DOUGLAS OSWALDO ESCOBAR OSEGUEDA**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, NOVIEMBRE 2006.**

## INTRODUCCIÓN

La succión es un reflejo innato, que con el paso del tiempo, el infante va abandonando y sustituyendo por actividades más maduras. Hay niños que no dejan atrás este patrón infantil y se convierte en un hábito deletéreo, el cual debe de ser eliminado de la manera menos traumática, para así evitar malformaciones óseo-dentarias.

Por lo tanto, el propósito principal de la presente investigación es identificar los hábitos orales de succión más frecuentes y los tratamientos utilizados en los pacientes atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005.

La importancia de estudiar dicha problemática, radica en la necesidad de conocer la incidencia de los pacientes que presentan hábitos orales de succión estratificados por rango de edad y género y determinar el tipo de tratamiento que se les ha brindado dentro de la clínica de Odontología Infantil y Ortodoncia de la FOUES a dichos pacientes. Esto se realizará por cada año en estudio, para posteriormente hacer un análisis comparativo de la situación del problema, para así establecer el comportamiento del mismo en dicho período de tiempo. Todo lo anterior se pretende realizar con el propósito de complementar el sumario de Ortodoncia para facilitar así el proceso de recolección de datos para la elaboración del diagnóstico y plan de tratamiento, así como también que los datos obtenidos sirvan de base para posteriores investigaciones.

Por otro lado se presenta una discusión bibliográfica, en la cual se expone las opiniones de diferentes autores odontológicos y médicos

referentes a la etiología, clasificaciones, teorías y tratamientos para eliminar los hábitos orales de succión.

El tipo de investigación es Epidemiológica Descriptiva, y la población de estudio está constituida por los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el Área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, en el período comprendido entre 2003 – 2005. Para la obtención del tamaño de la muestra se utilizará el método Muestreo Probabilístico y la recolección de datos se hará mediante la Técnica de Observación y con el instrumento Guía de Observación. El análisis de los datos se realizará por medio del programa Statistical Product for Service Solutions 11.0 (SPSS).

Los alcances que esta investigación persiguen son la recolección de información referente al tema incluidos datos estadísticos y bibliográficos.

Durante la ejecución del proceso de investigación, el grupo considera una limitante, la coordinación que deberá existir entre los diferentes grupos de investigación que harán uso de los expedientes clínicos del área de Odontopediatría y Ortodoncia debido a que solamente un grupo a la vez puede estar revisando las fichas clínicas.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hábito de succión tiene su origen desde el vientre materno, por lo cual al momento del nacimiento está bien desarrollado y es la forma del recién nacido de comunicarse con el medio externo, al ser la vía, mediante la cual, éste se alimenta, recibe afecto y la sensación de bienestar, por lo que en este momento se considera fisiológico y necesario. A medida el niño(a) va creciendo, el hábito debe ir desapareciendo alrededor de los 2-3 años de edad, si esto no sucede, se considera un hábito deletéreo y dependiendo de la duración, frecuencia e intensidad, producirá así alteraciones en el desarrollo y la función de las estructuras orales. Por lo tanto, es importante identificar precozmente el problema y así realizar un buen manejo de éste, con el propósito de interceptar o corregir sus efectos en el momento preciso.

Se considera necesario investigar la incidencia con la que se presentan los hábitos orales de succión en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la FOUES, ya que se observó durante la práctica dentro del área de Odontología Infantil en el transcurso de la carrera y el desarrollo de la Práctica Disciplinaria Profundizada en el área de Ortodoncia, que una gran parte de los pacientes que han sido atendidos, presentan algún tipo de hábito de succión oral. Así también, es importante destacar que no se ha llevado a cabo ninguna investigación acerca del tema en dicha población; ya que la única investigación que se ha realizado en el país sobre hábitos orales deletéreos es en una población de 3 a 6 años de edad, en una Sala Cuna externa de San Salvador, mientras que las demás investigaciones se han realizado en países como México, Brasil, Chile, Croacia, Cuba y Colombia, por lo tanto, no se cuenta con ningún dato que refleje la situación real de la población en estudio de manera completa.

Por lo tanto, el enunciado del problema es ¿Cuáles son los hábitos orales de succión más frecuentes y los tratamientos utilizados en los pacientes atendidos en el Área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, en el período comprendido entre 2003 – 2005?

## JUSTIFICACIÓN

Los hábitos orales de succión, son costumbres adquiridas por la repetición continua de una serie de actos que sirven para calmar una necesidad emocional y/o para obtener placer. Todos los hábitos anómalos modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan los arcos dentarios entre sí.

Debido a la influencia que éstos tienen en el desarrollo dentofacial, es de suma importancia conocer la cantidad de casos, estratificándolos por género y edad, que se presentan por año en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (FOUES) en el período 2003- 2005. Esto se llevará a cabo con el objetivo de hacer un análisis comparativo de los datos obtenidos entre los tres años.

Una vez determinada la incidencia de pacientes con hábitos orales de succión, se busca identificar la cantidad de estos pacientes que recibieron tratamiento de acuerdo al hábito oral de succión que presentaba y así establecer cuales fueron los tratamientos más utilizados para eliminar dichos hábitos.

Actualmente no se ha realizado ninguna investigación que revele la incidencia de esta problemática en dicha población, debido a que las investigaciones de las que se tiene registro fueron realizadas en poblaciones con características diferentes (rango de edad y área geográfica) por tanto, se considera necesario llevarla a cabo, para contar con datos reales que reflejen las características de la población infantil que es atendida en las clínicas de la FOUES y así brindar una atención de acuerdo a las necesidades de esta.

Uno de los aportes que se desea brindar es complementar el sumario de ortodoncia, al incluir en éste, un apartado especial donde se puedan colocar la presencia de hábitos orales y que se tomen en cuenta los factores que modifican el hábito, como lo son: la frecuencia, intensidad y duración de éste, y así facilitar el proceso de recolección de datos para la elaboración del diagnóstico y plan de tratamiento respectivo, debido a que se ha comprobado que el sumario que actualmente se está utilizando no los incluye.

Los datos obtenidos en la presente investigación podrán servir de base para futuras investigaciones, que se pretendan realizar acerca del mismo tema.

Se considera que es factible realizar la investigación, ya que se cuentan con los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para llevarla a cabo.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer los hábitos orales de succión más frecuentes y los tratamientos utilizados en los pacientes atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar la frecuencia de los hábitos orales de succión por género en los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005.
- Determinar la frecuencia de los hábitos orales de succión por rango de edad en los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005.
- Clasificar los diferentes tipos de hábitos orales de succión que presentan los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005
- Enumerar los tratamientos más utilizados en los pacientes con hábitos orales de succión, atendidos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en el período de 2003 – 2005.



## REVISIÓN DE LA LITERATURA.

El hábito de succionar es una necesidad para la supervivencia del bebé y por ello se genera desde el vientre materno. Se sabe que el reflejo de la succión aparece aproximadamente desde la semana 16 y puede ser observado durante el ultrasonido rutinario que el niño se succiona su dedo pulgar, esto al nacimiento está bien desarrollado y conforma los reflejos de búsqueda y succión, ambos se encuentran encaminados a que el niño encuentre el pezón materno y sea alimentado. <sup>1,2</sup>

Ya fuera del vientre el niño realiza mediante la succión una importante relación afectiva con la madre, de esto no sólo obtiene nutrición sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida, este acto constituye una vía de comunicación con el mundo exterior. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente, al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de esa vía de comunicación,<sup>3</sup> debido a que la boca ya no es su único medio de interacción con el mundo externo. Por tanto el niño(a) va adquiriendo otras experiencias y habilidades que hacen que deje atrás patrones de conducta infantiles, y hace que estos hábitos orales de succión tiendan a desaparecer alrededor de los 2-3 años. Algunos niños(as) no lo harán y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por si solo.

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo, la acción normal del labio y la masticación. <sup>4</sup> Pinkham considera que la succión no nutritiva en los lactantes es universal y normal, pero que aún no se ha establecido el punto en que la succión no nutritiva se torna en hábito y no se considera normal. <sup>3</sup>

Los hábitos en relación con la Maloclusión deberán ser clasificados: <sup>3</sup>

- Útiles: incluyen funciones normales de la lengua, respiración, deglución adecuada y uso normal de los labios para hablar.
- Dañinos: son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentales, ejemplo hábito de succión digital, succión labial, succión de chupete.

Mientras que Quirós, clasifica los hábitos de succión oral según su etiología en:<sup>5</sup>

- + Instintivos
- + Placenteros
- + Defensivos
- + Hereditarios
- + Adquiridos
- + Imitativos

El mismo autor plantea una clasificación para los hábitos orales de succión de acuerdo al objeto o estructura anatómica que es llevada a la cavidad oral, los cuales son:<sup>5</sup>

- Succión del pulgar
- Succión de otros dedos
- Succión del labio
- Succión del frenillo
- Succión del Chupón
- Succión de la lengua

Las posibles alteraciones a consecuencia del hábito son especialmente dentarias, y si persiste, o es ejercido por fuerzas mayores, puede afectar igualmente el proceso alveolar, estas deformaciones son dependientes de estos factores.<sup>3,6</sup>

+ **Duración:** por su duración puede ser sub clasificada en:

1.- *Infantil* (hasta 2 años)

2.- *Pre-escolar* (2 a 5 años)

3.- *Escolar* (6 a 12 años)

+ **Frecuencia:** pueden ser Intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos)  
Hay niños que succionan a cualquier hora del día, y otros que sólo en la noche o para dormirse

+ **Intensidad:**

*\*Poco intensa.*

*\*Intensa*

A lo largo de la historia se han realizado diferentes estudios que ponen en manifiesto la diversidad de corrientes de pensamiento que existen, para lo cual se han formulado una serie de teorías para explicar el desarrollo de los hábitos no nutritivos de succión.

Desde el punto de vista psicológico, la oralidad en el infante está relacionada con la organización pregenital y la actividad sexual, no está separada todavía de la toma del alimento.<sup>3,4,7</sup>

Moyers, plantea principalmente dos teorías:

Una de ellas establecida por Benjamín en la cual asegura que la succión del pulgar surge simplemente de los reflejos arraigados comunes a todos los infantes mamíferos, por otra parte un equipo de investigación de la Universidad de Alberta, apoyan firmemente la teoría que los hábitos de succión digital en seres humanos son una simple respuesta aprendida y no encontraron apoyo para la interpretación psicoanalítica de la succión del pulgar como un síntoma de trastorno psicológico.<sup>4</sup>

Si bien los hábitos pueden ser síntomas de problemas de adaptación o de expresión emocional inadecuada, hay un porcentaje significativo de ellos que son solamente actitudes aprendidas sin raíz psicológica. Por lo tanto es indispensable realizar una adecuada anamnesis o interconsultas para determinar cuál es la situación del paciente.<sup>6,8</sup>

Planas, establece que la succión del dedo y otros objetos no es frecuente en los niños bien alimentados a pecho, pues este acto, a diferencia del biberón, les produce fatiga, cansancio muscular, por el esfuerzo que tiene que hacer el niño para ordeñar el pecho materno, a lo que sigue el sueño; al terminar de amamantarse, el niño generalmente queda dormido en el pecho. Si no se amamanta a pecho, sólo ha aprendido a tragar, pero no se fatiga, y precisamente la falta de esta fatiga la suple succionando el dedo o lo que sea, en las más diversas formas.<sup>9</sup> Así mismo, la alimentación de pecho extensa, también ha sido mostrada para reducir el desarrollo de hábitos artificiales de succión como la succión digital o succión de pacificador.<sup>10, 11</sup>

Por otra parte, Canut Brusola, considera que el hábito de succión digital, no parece estar relacionado con el tipo de alimentación, la duración de ésta o razones psicológicas, aparte del importante papel que la succión representa durante la vida infantil.<sup>12</sup>

Otros autores plantean que los hábitos orales de succión nutritivos y no nutritivos están asociados a factores culturales y económicos que afectan a la población.<sup>6, 10, 13,14</sup>

En cuanto al manejo clínico de estos pacientes, hay una diversidad de elementos a tomar en cuenta entre los cuales están: el significado emocional del hábito para el niño, la edad del paciente y la existencia de maloclusiones asociadas con el ejercicio del hábito. Por tanto es indispensable realizar una buena anamnesis en la cual se incluya historia de

hábitos orales de succión, tipo de hábito, características clínicas, duración, intensidad y frecuencia con la que el niño practica el o los hábitos orales de succión, si ha recibido o no tratamiento para eliminar el o los hábitos, etc. con el objetivo de establecer un plan de tratamiento adecuado.

Para la eliminación de los hábitos orales de succión existen una serie de métodos que van desde lo empírico hasta lo empleado por un profesional en salud bucal.

Una de las corrientes plantea que la única terapéutica profiláctica que se debe realizar durante el primer año de vida del niño(a), es una alimentación a pecho hasta que se produzca la erupción de los incisivos y procurar mantener una respiración fisiológica nasal. Si se llegará a fracasar en el intento de eliminar un hábito de succión digital, aconseja en estos casos y como mal menor, entregar al niño un chupete, pues a los dos años como máximo se podrá eliminar y el niño ya no adquirirá ni el hábito del dedo ni el de la lengua.<sup>9</sup>

Otro autor afirma, que aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal (el primer año y medio de la vida) es ignorar la fisiología básica de la infancia, por lo que este autor recomienda no realizar ningún tratamiento en esta etapa.<sup>3</sup>

La mayoría de autores coinciden en que el método para eliminar el hábito, debe de ser lo menos traumático para el niño, ya que la colaboración del niño es fundamental para tener éxito en el tratamiento. Por tanto el tratamiento con aparatología no debe de ser diseñado para causar dolor o incomodidad sino que debe servir como un recordatorio para el paciente<sup>15</sup> y que al mismo tiempo sean de multipropósito, con una versatilidad que les permita cumplir varias funciones simultáneamente.<sup>3, 4, 6</sup>

El tratamiento de los hábitos orales de succión en algunos casos debe ser multidisciplinario, como menciona Suga, al recomendar la interconsulta con el psicólogo y foniatra.<sup>16</sup>

Se han realizado investigaciones en diferentes países sobre la presencia de hábitos orales de succión reflejando lo siguiente:

En la clínica estomatológica de la Habana Cuba se seleccionó una muestra de 270 niños al azar comprendidos entre los 6 y 11 años de edad y entre los resultados que obtuvieron la succión digital ocupa el tercer lugar con un 15.56 % seguido de la succión de labio con un 12.96%, succión de chupete con un 8.15%, succión de biberón 5.19%. Además encontraron que en el grupo etáreo de 5-6 años los hábitos de biberón (57,58 %), y succión digital (35,71 %), es más frecuente. Mientras que la succión de tete (45,46 %), es mayor en grupo de 7 a 8 años.<sup>17</sup>

Así también en México se realizó una investigación sobre los hábitos orales más frecuentes en niños de 5 a 13 años que acuden a la clínica estomatológica del diplomado de ortodoncia y ortopedia de Iztacala en la que se revisaron 200 historias clínicas de las cuales 152 presentaron los hábitos orales de chupón en un 15%, onicofagia en un 28%, succión digital en un 10% , lingual en un 14% y labial en un 33%. En el estudio se encontró que el hábito oral más frecuente en esta muestra es la succión labial y la edad en la que estos hábitos aparecen con más incidencia en la población es a los 8 años.<sup>18</sup>

Por otra parte, en Brasil se llevó a cabo una investigación en una guardería de Piracicaba, con una muestra de 1163 niños de 0 a 6 años. En esta investigación se encontró que los métodos más frecuentemente usados para eliminar el hábito de succionar el chupete son: interrupción abrupta (111; 22%), explicación de los padres hacia el niño ((29;1), uso de sustancias de sabor desagradable en el pacificador (5; 1%), eliminación espontánea por el niño (13; 3%), explicación profesional al niño (10; 2%).<sup>12</sup>

En Calí, Colombia se efectuó una investigación sobre la efectividad de la rejilla palatina para la eliminación del hábito de succión digital en una población de 75 niños cuyas edades oscilaban entre los 4 y 10 años. De ellos 33 (44%) se encontraban en dentición temporal y 42 (56%) en dentición mixta. Los resultados reflejan que suspendieron el hábito con la terapia 63 (84%) pacientes, de los cuales 28 son del grupo con dentición temporal (85%) y 35 (83%) del grupo con dentición mixta. Los resultados favorables se obtuvieron durante el primer mes de instalación de la rejilla.<sup>19</sup>

## MATERIALES Y MÉTODOS

### TIPO DE INVESTIGACIÓN O ESTUDIO

La investigación a desarrollar es de tipo Epidemiológica Descriptiva, la cual, tiene como objetivo identificar en términos cuantitativos y cualitativos las características del proceso bajo observación. Este tipo de investigación no intenta establecer relaciones de causalidad, sin embargo permiten hacer comparaciones entre grupos o poblaciones.

### VARIABLES E INDICADORES

Variable	Indicadores
Frecuencia de pacientes que presentan hábitos orales de succión por género en la FOUES	* Sexo femenino * Sexo masculino
Frecuencia de pacientes que presentan hábitos orales de succión por rango de edad en la FOUES	* 3.0 – 5.11 años * 6.0 – 8.11 años * 9.0 – 12.0 años
Tipos de hábitos orales de succión en pacientes de la FOUES	* Succión digital * Succión labial * Succión de objetos * Succión de lengua * Succión de frenillo * Succión de chupete * Succión digital más succión de labio * Succión de labio más succión de



	objetos * Succión de labio más succión de chupete
Tratamientos utilizados en la FOUES para la eliminación de hábitos orales de succión	* Aparatología fija: rejilla, Botón de Nance con rejilla, Barra Transpalatina * Aparatología removible: Lip-bumper, Placa activa con rejilla, Pistas Planas con rejilla * Tratamiento psicológico: Terapia psicológica, sugestión.

## **TIEMPO Y LUGAR**

El tiempo estipulado para la recolección de los datos está programado para llevarla a cabo en los meses de Noviembre – Diciembre 2005, período en el cual se procederá a la revisión y análisis de los expedientes clínicos de los años 2003 - 2005 del Área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Universidad de El Salvador.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estará conformada por los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el Área de Odontología Infantil y Ortodoncia en el período 2003 – 2005, de la cual se tomará una muestra, la cual posee las mismas características de la población, por lo que los resultados pueden ser extrapolados.

Los criterios de inclusión para que la población forme parte dentro de la muestra son:

1. Que el expediente sea del Área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.
2. Que el expediente haya sido elaborado en el período comprendido entre 2003- 2005.
3. Que el expediente esté completo (datos generales, diagnóstico y plan de tratamiento revisado y aprobado por un docente encargado del área).

En el período 2003 -2005, se elaboró un total de 1,237 expedientes clínicos en el área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la FOUES, de los cuales únicamente 926 cumplen con los criterios de inclusión previamente establecidos.

De estos 926 expedientes se procederá a obtener una muestra para determinar la incidencia con que se presentan los hábitos orales de succión, una vez establecido esto, se trabajará únicamente con la población que presente hábitos orales de succión para establecer cuales son los hábitos orales más frecuentes y los tipos de tratamiento realizados.

Para la realización del presente estudio no se llevará a cabo únicamente un conteo de expedientes de pacientes que presentan hábitos orales de succión, sino que se utilizará un método estadístico, para establecer la incidencia con que se presenta el problema en la población en estudio. Para esto, se contó con la colaboración del Ingeniero Mario Antonio Bermúdez<sup>1</sup>, quien ayudó a determinar el tipo de método a utilizar para la obtención del tamaño de la muestra y el software a utilizar para la recolección y análisis de los datos.

Para la selección de las unidades de análisis que van a pertenecer a la muestra, se hará uso del Muestreo Probabilístico, su ventaja reside en que

---

<sup>1</sup> Ing. Mario Antonio Bermúdez. Ing. Agrónomo, Responsable de la Cátedra de Estadística de la Facultad de Ciencias Agronómicas de la Universidad de El Salvador.

las unidades de análisis son seleccionadas en forma aleatoria, es decir al azar, cada elemento tiene la misma probabilidad de ser seleccionado y es posible conocer el error del muestreo.

Además, se utilizará el Muestreo Estratificado por Afijación Proporcional al tamaño de la población, el cual se aplicará para estratificar de acuerdo a edad y género, en este método cada estrato tiene un número de elementos en la muestra proporcional a su tamaño.

Es importante mencionar que se obtendrá una muestra por cada año, para identificar la incidencia en cada uno.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizará la siguiente expresión algebraica:

$$nt = \frac{1n}{1 + n / N}$$

Notación:

nt = Tamaño total de la muestra finito.

n = Tamaño de muestra infinito.

N = Tamaño de población total.

El primer paso es calcular el valor de "n" para la cual se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{pq}{(E)^2}$$

Notación:

p = Proporción poblacional de la ocurrencia de un fenómeno (generalmente el valor de "p" en una investigación no se conoce, en estos casos se asume que P vale 50% o sea 0.5).

q = Proporción poblacional de la no ocurrencia de un fenómeno (se asume que "q" toma un valor de 50% o sea 0.5).

E = Error permisible, que es igual al 5%.

Sustituyendo:

$$n = \frac{(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{0.25}{0.025}$$

$$n = 100$$

El siguiente paso es calcular el valor de "nt":

$$nt = \frac{1n}{1 + n / N}$$

Sustituyendo los valores para el año 2003:

$$nt = \frac{1(100)}{1 + 100 / 231}$$

$$nt = \frac{100}{1 + 0.43}$$

$$nt = \frac{100}{1.43}$$

$$nt = 69.93 \approx 70$$

La muestra para el año 2003 sería de 70, ahora se estratificará por género, para lo cual se utiliza la siguiente fórmula:

$$nE = nt (wh)$$

Notación:

$nE$  = Tamaño del estrato

$n_t$  = Tamaño total de la muestra

$w_h$  = Fracción de muestreo que se obtiene de relacionar el tamaño del estrato entre el tamaño de la población.

$w_h = nE / N$  (En este caso "nE" corresponde al número total de varones dentro de la población total)

$$w_h = 112 / 231$$

$$w_h = 0.48$$

Así tenemos para el género masculino:

$$n_{Em} = n_t (w_h)$$

$$n_{Em} = 70 (0.48)$$

$$n_{Em} = 33.93 \approx 34$$

Así tenemos para el género femenino:

$$n_{Ef} = n_t (w_h)$$

$$n_{Ef} = 70 (119 / 231)$$

$$n_{Ef} = 70 (0.52)$$

$$n_{Ef} = 36.4 \approx 36$$

Este mismo procedimiento se utilizó para determinar la muestra y estratos de los años 2004 y 2005 (ver anexo 1). A continuación se presenta la siguiente tabla con los resultados obtenidos.

RESULTADOS DEL TAMAÑO DE MUESTRA ESTRATIFICADO POR AÑO  
Y GÉNERO:

<b>AÑO</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>
<b>2003</b>	70	36	34
<b>2004</b>	80	43	37
<b>2005</b>	75	41	34
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>120</b>	<b>105</b>

Para la selección de las unidades de análisis que conformarán la muestra, se utilizará el Método Probabilístico Aleatorio Simple, con la Técnica de Papelitos, la cual consiste en enumerar los sujetos que pueden formar parte de la muestra realizando así una lista y elaborar papelitos con los números de cada sujeto e introducirlos en una caja, luego ir extrayendo cada papelito y ver a que sujeto corresponde el número seleccionado para así formar parte de la muestra. Este proceso se realizará en base al género, es decir, se llevará a cabo para el sexo femenino y después para el sexo masculino.

## **RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

La recolección de los datos se llevará a cabo por medio de la Técnica de Observación, con el instrumento Guía de Observación que se aplicará en los expedientes clínicos del Área de Odontología Infantil y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador del período de 2003 – 2005.

Para realizar el análisis de los datos, se hará uso del programa Statistical Product for Service Solutions 11.0 (SPSS), el cual será utilizado para la planificación, recolección de datos, acceso y preparación de los datos, análisis y creación de informe.

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.**

- Humanos:

3 investigadoras

Personas que facilitan la investigación:

Asesor, Estadista, Dirección de clínicas, Personal encargado de archivos de Odontopediatría, Personal encargado de biblioteca.

- Materiales:

Fotocopias (cédula de entrevista y guía de observación)

10 Lapiceros

Computadora

Tinta para la computadora

Papel para la computadora

Expedientes clínicos

Calculadora

Lápices

3 borradores

1 sacapuntas



## **LIMITACIONES.**

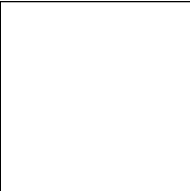
Para la realización de la investigación, el factor que puede retrasar o entorpecer el proceso de ejecución es el siguiente:

- La coordinación que deberá existir entre los diferentes grupos investigadores, que están utilizando los expedientes clínicos como parte de su población de estudio, ya que solamente un grupo puede estar revisando los expedientes y los demás deberán esperar que éste termine, para comenzar a pasar sus instrumentos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carlos Manuel Aboitiz Rivera. El chupón y el hábito de succión. HA [en línea] [fecha de acceso 28 de Octubre de 2005]; URL disponible en: <http://www.pepsline.com/tema/chupon.htm>
2. J.R. Pinkham. Odontología Pediátrica. 3ª Edición. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2001 Capítulo 14. Páginas 222 – 224.
3. T.M. Graber. “*Ortodoncia: teoría y práctica.*” 3ª Edición. México: Editorial Interamericana Mc Graw-Hill; 1991. Capítulo 6. Páginas 269 – 306.
4. Robert E. Moyers. Manual de ortodoncia. 4ª Edición. Buenos Aires Argentina: Editorial Panamericana; 1992. Sección I Crecimiento y Desarrollo. Capítulo 7. Páginas 156 – 160.
5. Oscar Quirós. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. RLDOYO. [en línea] [fecha de acceso 15 de Octubre de 2005] URL disponible en: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/orientacion\\_psicologica\\_habitos\\_odontologia.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/orientacion_psicologica_habitos_odontologia.asp)
6. Fernando Escobar Muñoz. Odontología Pediátrica. 2ª Edición Caracas, Venezuela: Editorial Actualidades Médico Odontológicas latinoamericana, C.A. (AMOLCA); 2004. Capítulo XVII. Páginas 451-452
7. Ruy Henríquez. Organización Genital Infantil. RCMFCH. [en línea] Septiembre de 2002 – Septiembre 2003.[fecha de acceso 17 de Octubre 2005]; 1 (18) URL disponible en: <http://www.filosofia.net/materiales/num/num18/Geninfan.htm#ast>
8. Antonio Carlos Guedes-Pinto. Rehabilitación bucal en Odontopediatría. atención integral. 1ª Edición. México: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C.A. (AMOLCA); 2003.

9. Pedro Planas. Rehabilitación Neuro-Oclusal. 2º Edición Barcelona España; Edición Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.; 1994. Capitulo 12. Pagina 183-184
10. Luis R. de Figueiredo, Walter A. Ferelle, Myaki Issao. Odontología para el Bebé. Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. 1ª Edición Sao Paulo, Brasil: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A. (AMOLCA); 2000. Página 83
11. Esber Çaglar, Erick Larsson y otros. Feeding, artificial sucking habits, and malocclusion in 3-year-old girls in different regions of the world. JDC. 2005; 72(1): 25 – 29
12. José Antonio Canut Brusola. Ortodoncia Clínica Y Terapéutica. Barcelona España: Editorial Masson; 2001 Página 237, 531.
13. Viviane V. Degan, Regina M. Puppim-Rontoni Prevalence of pacifier – sucking habits and successful methods to eliminate them – A preliminary study. JDC. 2005; 71 (2): 148–151.
14. McDonald R., Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. 5º Edición Buenos Aires Argentina: Editorial Médica Interamericana; 1992 Capítulo 28. Paginas 726 – 732
15. Samir E. Bishara, W.B. An Approach To The Diagnosis Of Different Malocclusions. Textbook Of Orthodontics. USA: Sanders Company; 2001 Capítulo 13 Página 162.
16. Suga S., Strazzeri M., Rodríguez G., Duarte D. Ortodoncia En La Dentición Decidua. Diagnostico, plan de tratamiento y control general. 1º Edición Colombia: Editorial Actualidades Médico Odontológicas latinoamericana, C.A. (AMOLCA); 2004. Página 45.
17. Maria Fernández y Colaboradora. Hábitos deformantes en escolares de primaria. RCO [En línea] 1997 [Fecha de acceso 23 Octubre de 2005] 12(2):79-83 URL Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12\\_2\\_97/ord02297.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord02297.htm)
18. Hilda Rojo Botello y Colaboradores. Hábitos orales mas frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de



Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar 2003. [En línea] 2004  
[Fecha de acceso 20 de mayo de 2006]

URL Disponible en:

[http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum\\_y\\_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/habitosoral58.htm](http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/habitosoral58.htm)

19. Judy Elena Villavicencio y Colaborador. Efectividad de la rejilla palatina en el tratamiento del hábito de succión digital en niños. CM [En línea] 2001. [Fecha de acceso 20 de mayo de 2006] 32 (03) URL

Disponible en:

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO3/rejilla.htm>