



UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO EN CONFORMIDAD A
LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ODONTOLÓGA.

**TEMA: INFLUENCIA DE LOS MALO HÁBITOS ORALES EN LA
OCLUSIÓN DE NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS.**

PROFESOR GUÍA:

Dra. Susana Loayza Lara

AUTOR:

Pamela Carolina Garrido Villavicencio

AÑO

2016

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dado cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Dra. Susana Loayza Lara

Odontopediatra

C.I. 1802912426

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original y de mi autoría, que se ha citado fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos del autor vigente”.

Pamela Carolina Garrido Villavicencio

C.I. 1311645087

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres, quienes con su amor, trabajo y esfuerzo me apoyaron incansablemente en todos estos años, gracias a ustedes soy lo que soy. Que privilegio poder caminar siempre de su mano.

Pame.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme y permitirme cumplir esta meta, a mi familia: mis abuelitos, mis padres mis hermanos, en especial a Pablo por su apoyo y respaldo constante, a mis amigos por acompañarme durante esta carrera y a todas las personas que hicieron más fácil el camino. Agradezco infinitamente a mis profesores por los conocimientos brindados, en especial a mi tutora la Dra. Susana Loayza ya que con su cariño y apoyo me guió durante el desarrollo de este trabajo.

Pame.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años en la escuela “Nicolás Xavier Gorivar” de la ciudad de Quito. **MATERIALES Y MÉTODOS:** El presente trabajo corresponde a un estudio descriptivo de corte transversal. El estudio se realizó en la escuela “Nicolás Xavier Gorivar” de la ciudad de Quito. La recolección de los datos se obtuvo mediante un formulario que se realizó con los padres de familia para el registro de los malos hábitos orales, exploración clínica y registro fotográfico para la recolección de la presencia de maloclusiones. La muestra constó de 41 niños, 21 con presencia de malos hábitos orales y 20 con ausencia de estos. Los datos recopilados se analizaron mediante cuadros estadísticos. **RESULTADOS:** Se pudo determinar la relación de los malos hábitos orales con las maloclusiones, presentándose que la maloclusión Clase I tiene mayor relación con el hábito de Onicofagia (50%), la maloclusión Clase II se relaciona con la succión digital (75%) y la maloclusión Clase III se presentaba en mayor número en niños respiradores bucales (40%). **CONCLUSIONES:** La presencia de malos hábitos orales tiene relación con las mal oclusiones que se desarrolla en los niños a temprana edad.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship of bad oral habits in occlusion in children 5 to 10 years in school, "Nicolas Xavier Gorivar" of Quito. **MATERIALS AND METHODS:** This study corresponds to a cross-sectional descriptive study. The study was conducted in school, "Nicolas Xavier Gorivar" of Quito. The collection of data was obtained using a form that was conducted with parents to record the bad oral habits, clinical examination and photographic record for collecting the presence of malocclusions. The sample consisted of 41 children, 21 with presence of bad oral habits and 20 with the absence of these. The collected data were analyzed using statistical tables. **RESULTS:** It was determined the relationship of bad oral habits with malocclusions, presenting Class I malocclusion that has more to do with the habit of Onychophagia (50%), Class II malocclusion is related to finger sucking (75%) and Class III malocclusion presented in greater numbers in mouth-breathing children (40%). **CONCLUSIONS:** The presence of bad oral habits is related to the malocclusions that develop in children at an early age.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	2
2. OBJETIVOS	4
2.1 OBJETIVOS GENERAL.....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
2.3 HIOPÓTESIS.....	4
3. MATERIALES Y MÉTODO	5
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	5
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	5
3.3 UNIVERSO Y MUESTRA	5
3.3.1UNIVERSO	5
3.3.2 MUESTRA	5
3.3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	5
3.3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	6
3.4 DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.....	6
3.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE.....	6
3.4.2 VARIABLES INDEPENDIENTES	6
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	7
4. PROCEDIMIENTO	8
4.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	8
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	9
5. MARCO TEORÍCO.....	10
5.1 OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN.....	10
5.1.1 TIPOS DE OCLUSIONES.....	11
5.1.2 CLASE CANINA	12
5.1.3 TIPOS DE MAL OCLUSIONES	12
5.2 ETIOLOGÍA DE MAL OCLUSIONES	13

5.2.1 HEREDITARIAS	13
5.2.2 CONGÉNITAS	13
5.2.3 ALTERACIONES GENÉTICAS.....	14
5.2.4 ETIOLOGÍA ADQUIRIDA.....	14
5.3 CAUSAS GENERALES DE LAS CLASES DE MAL OCLUSION.....	15
5.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS MAL OCLUSIONES CLASE I.....	15
5.5 CARACTERÍSTICAS DE LAS MAL OCLUSIONES CLASEII.....	16
5.5.1 MAL OCLUSIÓN CLASE II DIVISION 1	16
5.5.2 MAL OCLUSIÓN CLASE II DIVISION 2	16
5.6 CARACTERÍSTICAS DE LAS MAL OCLUSIONES CLASE III	17
5.7 HÁBITOS.....	18
5.7.1 HÁBITOS FISIOLÓGICOS	18
5.7.2 HÁBITOS NO FISIOLÓGICOS	18
5.8 HÁBITOS ORALES	19
5.9 CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE HÁBITOS	19
5.10 TIPOS DE MALOS HÁBITOS	20
5.10.1 HÁBITOS DE SUCCIÓN.....	20
5.10.2 SUCCIÓN DIGITAL.....	21
5.10.3 SUCCIÓN DE LABIO.....	23
5.10.4 ONICOFAGIA	23
5.10.5 RESPIRACIÓN BUCAL.....	23
5.11 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE MALOS HÁBITOS ORALES.....	25
5. 11.1 TRATAMIENTO DE HÁBITOS DE SUCCIÓN	26
5.11.2 TRATAMIENTO RESPIRACIÓN BUCAL.....	27
5.11.3 TRATAMIENTO ONICOFAGIA.....	28

5.12 RELACIÓN ENTRE MALOS HÁBITOS Y OCLUSIÓN: ANTECEDENTES.....	28
6. RESULTADOS	31
6.1 PRESENCIA DE HÁBITOS ORALES	31
6.2 EDADES DE LOS NIÑOS.....	32
6.3 PORCENTAJES DE MAL OCLUSIONES EN RELACIÓN	
CON LOS MALOS HÁBITOS ORALES	32
6.4 SUCCIÓN DIGITAL	33
6.5 ONICOFAGIA	35
6.6 RESPIRACIÓN BUCAL	37
6.7 SUCCIÓN DE LABIO.....	38
6.8 RESUMEN DE PORCENTAJES DE LA PRESENCIA DE MALOS HÁBITOS ORALES	40
6.9 RELACIÓN CLASE MOLAR CON MALOS HÁBITOS ORALES.....	41
6.10 RELACIÓN CLASE CANINA CON MALOS HÁBITOS ORALES.....	42
6.11 RELACIÓN CLASE DE MAL OCLUSIONES CON MALOS HÁBITOS ORALES	43
7. DISCUSIÓN	46
8. CONCLUSIONES.....	49
9. RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS.....	50
ANEXOS	52

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de las principales enfermedades orales encontramos las maloclusiones, estas además se encuentran en el grupo de las enfermedades poco estudiadas durante la infancia, muchas son resultados de malos hábitos orales que se desarrollan durante la infancia (Alvárez, 2011).

La literatura ortodóntica frecuentemente discute algunos de los mecanismos genéticos para explicar la alta frecuencia de maloclusiones que se presentan actualmente. Sin embargo, siendo más atentos en los aspectos epidemiológicos, obtenemos que se puede tener una explicación más precisa si se busca menos en los factores genéticos y un poco más en los factores ambientales (Muller. R, 2014).

Uno de los principales factores etiológicos que causan maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas son los malos hábitos orales, estos producen una alteración en el normal desarrollo del sistema estomatognático y dan como resultado una deformación ósea la cual tendrá un mayor o menor efecto según la edad que inicia el hábito, es decir, a menor edad mayor es el daño (Muller. R, 2014).

Los malos hábitos orales generalmente se tratan de prácticas o costumbres, es decir, cumplen patrones que se aprenden al repetirlos por varias ocasiones, siendo consciente en un principio y posteriormente se vuelven inconscientes, así tenemos: masticación, deglución, respiración nasal y fonación, estos son considerados fisiológicos o funcionales; aunque existen también algunos no fisiológicos, como el uso del chupetes, respiración bucal, interposición lingual, onicofagia, succión que puede ser digital o labial, entre otros (Alvárez, 2011).

Actualmente se consta con una variedad muy amplia de estudios que se enfocan en la prevalencia de maloclusiones en la población infantil por la influencia de los factores ambientales como son los hábitos, esto nos lleva a pensar sobre la carencia de programas educativos, preventivos que informen sobre las consecuencias que producen estos hábitos dentales (Alvárez, 2011).

Los hábitos son considerados patrones de contracción muscular aprendida, las alteraciones que los hábitos orales ocasionarían dependerá de la intensidad, duración y frecuencia en la que se presenta el hábito. Así también, es importante la edad del infante en la que se inicia, ya que mientras más temprano inicie el daño es mayor, porque en tempranas edades el hueso está formándose y es más moldeable (Acevedo O, 2011).

Los hábitos orales son considerados por muchos autores normales en las edades de 3 ó 4 años, pero su persistencia a partir de los 5 años es la que genera un patrón esquelético desfavorable y diversas anomalías (Franco V. 2012).

En el 2011, Acevedo demostró en un estudio que los hábitos orales afectaron más a los niños de 10 años, en un 84,2% (Acevedo O, 2011).

Es así que se ha observado que entre más temprano se despoja un niño de su mal hábito oral, las consecuencias de este pueden reducirse (Franco V. 2012).

1.1 JUSTIFICACIÓN

Los hábitos orales son considerados perjudiciales cuando modifican la mordida y producen un desequilibrio oro facial; provocando así en el niño un crecimiento inadecuado de las estructuras anatómicas que se encuentran en relación con el hábito oral que se presenta.

Actualmente se encuentran estudios sobre las consecuencias de los hábitos orales en niños, donde los efectos de estos hábitos tienen un mayor resultado con las mal oclusiones. La importancia de una correcta educación en padres e hijos sobre los efectos que producen los malos hábitos orales es la base de la prevención de las mal oclusiones.

Así también, es importante conocer el hábito que presenta el niño y desarrollar un tratamiento correctivo para eliminar el mal hábito y a su vez corregir la mal oclusión que presenta.

Por ello, con el presente estudio se pretende determinar la relación de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años en la escuela

“Nicolás Xavier Gorivar” de la ciudad de Quito, para de esta manera poder establecer una correcta educación preventiva en padres y niños, y establecer el debido tratamiento correctivo a tiempo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERAL

Determinar la relación de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años en la escuela “Nicolás Xavier Gorivar” de la ciudad de Quito.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el porcentaje de mal oclusiones inducidas por malos hábitos orales en niños de 5 a 10 años.
- Determinar cuáles de los malos hábitos orales influyen en las mal oclusiones clase I.
- Determinar cuáles de los malos hábitos orales influyen en las mal oclusiones clase II.
- Determinar cuáles de los malos hábitos orales influyen en las mal oclusiones clase III.

2.3 HIPOTESIS

Existe relación entre los malos hábitos orales y la mal oclusión en los niños de 5 a 10 años en la escuela “Nicolás Xavier Gorivar” de la ciudad de Quito.

3. MATERIALES Y MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es un estudio descriptivo de corte transversal.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará en la escuela “Nicolás Xavier Gorivar” de la ciudad de Quito donde la facultad de Odontología UDLA brinda servicio a la comunidad.

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA

3.3.1 UNIVERSO

El universo del estudio está compuesto por todos los niños y niñas de 5 a 10 años de la escuela “Nicolás Xavier Gorivar” en las que la facultad de Odontología realiza servicio a la comunidad.

3.3.2 MUESTRA

La muestra estará conformada por:

- **Unidad de muestra:** Todos los niños que se encuentran entre los 5 a 10 años, cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado para participar en el estudio en la escuela Nicolás Xavier Gorivar durante el mes de diciembre del 2015 y que presenten algún tipo de hábito.
- **Tamaño de la muestra:** 2 grupos de niños, clasificando grupo A aquellos que presentan mal hábito oral y grupo B aquellos que no presentan mal hábito oral.
- **Tipo de la muestra:** No probabilística.

3.3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños entre 5 a 10 años.
- Niños que presenten algún mal hábito oral con dentición mixta.
- Niños cuyos padres hayan entregado la encuesta y tengan malos hábitos.

3.3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños cuyos padres no autorizaron la participación en el estudio.
- Niños de 5 a 10 años de edad que no presenten hábitos, esto se analizará según la encuesta de los padres.
- Serán excluidos niños que se encuentren en tratamientos de ortopedia u ortodoncia.
- Niños que presenten dentición definitiva.
- Niños con capacidades especiales.
- Niños que no tengan piezas 6 o piezas deciduas 3 niños con mal oclusión de origen genético.

3.4 DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

3.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Mal Oclusión: está conformada por la exploración física de los niños la cual se realizará en las escuelas, y se llenara un formulario señalando los problemas presentes en la oclusión según el mal hábito oral que poseen.

3.4.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

Influencia de malos hábitos orales: Se confeccionará un formulario, el cual estará enfocado en las madres o representantes de los niños, la que consiste en una entrevista estructurada con preguntas relacionadas sobre los hábitos orales de su hijo.

Edad: se tomará dentro del estudio a todos los niños que se encuentre entre los 5 y 10 años de edad.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1.Operacionalización De Variables

CONCEPTO	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Exploración física y clínica, en la que se analizara la clase de Angle que pertenecen.	Mal Oclusión	Clase de Angle	Relación molar/Relación canina.	Mal oclusión clase 1. Mal oclusión clase 2. Mal oclusión clase 3.
Hábitos que realiza el niño y que son perjudiciales para su desarrollo facial.	Malos Hábitos Orales	Influencia de los Malos Hábitos	Formulario entregado a los representantes.	Succión digital. Respirador bucal. Onicofagia. Interposición lingual.
Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento	Edad	Rangos de edades en niños.	Número de años cumplidos	5-10 años.

4. PROCEDIMIENTO

Una vez obtenida la autorización de la directora de la institución “Nicolás Xavier Gorivar” en la que realizaríamos la toma de muestra, se organizará una reunión con los padres de familia, en dicha reunión se les explicará los objetivos del estudio y los beneficios que tendrá el niño al participar en él, se les hará firmar el consentimiento informado a los padres que aceptaron la participación de sus hijos en el estudio. Posteriormente se procederá a llenar el formulario el cual es previamente explicado a los padres de familia. Así también, se dará una charla de promoción de salud bucal con padres e hijos, esto tendrá como finalidad crear conciencia preventiva sobre los malos hábitos orales.

Una vez que se tenga el consentimiento informado y el formulario correctamente llenados, se procederá a clasificar a los niños en 2 grupos: Grupo A niños con hábitos y Grupo B: niños sin hábitos, los cuales serán excluidos de la exploración clínica al igual de aquellos que no se encuentren dentro de los criterios de inclusión.

A los niños del grupo A se les realizará la exploración clínica, este proceso incluye un registro fotográfico extra-oral e intra-oral, dichas fotos mantendrán el anonimato del estudiado, colocando una franja negra en los ojos para cubrir la identidad en la participación del estudio, de esta manera se cumplirán con los derechos de confidencialidad.

Posteriormente a la exploración clínica se realizará el análisis de resultados, en el que se comparará la influencia y relación de los malos hábitos orales y la mal oclusión que presenta el niño.

Finalmente se realizará las tablas comparativas y se graficará los resultados obtenidos en el estudio.

4.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

La información que se obtuvo por medio del formulario como análisis de los malos hábitos orales (Anexo No.), fueron debidamente diseñadas en el

programa de Excel, al igual que los datos obtenidos en la exploración clínica y registro fotográfico fueron colocados en tablas diseñadas para el efecto.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Basados a las normas del comité de ética de la Universidad de las Américas, se solicitó a los representantes de los participantes firmar una carta de consentimiento informado (Anexo.), posterior a la verificación de la presencia de dicha firma se procedió a ejecutar el análisis en el respectivo niño.

5. MARCO TEORÍCO

5.1 OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN

Se define como oclusión a las relaciones dinámicas y funcionales entre las superficies oclusales de los dientes y las demás estructuras del sistema estomatognático (Naranjo, 2003, p 29). Una normo-oclusión u oclusión compensada es condición esencial para que los dientes se encuentren en una función fisiológica normal (Mendizabal G., 2007).

Una adecuada oclusión dental consiste en que los dientes de la arcada superior se relacionen con los dientes de la arcada inferior de forma armónica, permitiendo de esta manera una eficiente masticación y deglución de los alimentos, dicción correcta, entre otras funciones. Permite también, que el aspecto de la cara se proporcione de manera uniforme (Antoine Hanna et al, 2014).

Por otro lado, la maloclusión se define como cualquier desviación de la normal disposición de los dientes y se produce comúnmente entre diversas poblaciones. La maloclusión puede causar funciones alteradas, como por ejemplo en la masticación y el habla; y problemas de estética dentofacial que reducen la calidad de vida de los sujetos afectados (Antoine Hanna et al, 2014).

Las maloclusiones son una combinación de factores hereditarios y factores ambientales, que en muchos casos, pueden actuar juntos, o por separados (Kasparaviciene, K., 2014)

Frecuente las mal oclusiones son originadas por hábitos musculares buco faciales nocivos, los cuales se atribuyen a funciones alteradas: succión no nutritiva prolongada, hábito alimentario inadecuado, dieta pastosa, enfermedad nasofaríngea, disturbios en la función respiratoria y postura anormal de la lengua (Nahas M, 2009, p 100).

Al alterarse la armonía de la organización del sistema bucal o estomatognático, puede presentarse la mal oclusión en una edad más temprana. Sin embargo se

ha demostrado que en ausencia de estos problemas pueden presentarse las maloclusiones (Antoine Hanna et al, 2014).

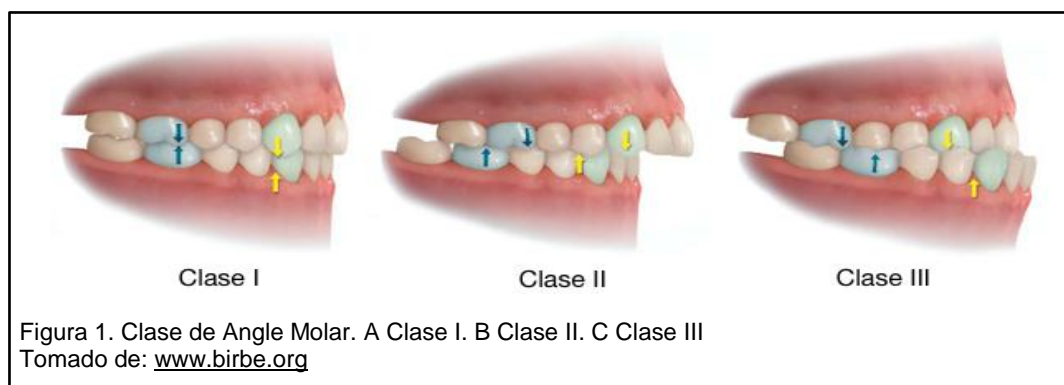
Las maloclusiones se han posicionado en el puesto número 3 de las enfermedades bucales más frecuentes y se las considera como problemas de salud según la OMS (Organización Mundial de la Salud) (Mendizabal G., 2007). Es así que se presenta muy comúnmente en niños y la prevalencia que presenta en diferentes grupos de edad oscila entre 20% a 93% (Kasparaviciene, K., 2014)

5.1.1 TIPOS DE OCLUSIONES

Las relaciones anteroposteriores de las arcadas dentarias es la base para la clasificación de Angle, en esta se considera como llave de la oclusión a los primeros molares superiores. Es así que se establece la siguiente clasificación basada en la relación molar: (Ustrell José M., 2002).

- **Clase I:** relación anteroposterior normal, la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior ocluye con la fosa del primer molar permanente inferior (Angus C, 2010).
- **Clase II:** Distocclusión del primer molar permanente inferior con el primer molar permanente superior y presenta un patrón esquelético retrónágtico con resalte aumentado (Angus C, 2010). La oclusión Clase II a su vez presenta 2 subtipos (Ustrell José M., 2002):

A **Clase III:** El primer molar permanente inferior está adelantado y refleja una mandíbula prognática y una mordida cruzada (Angus C, 2010).



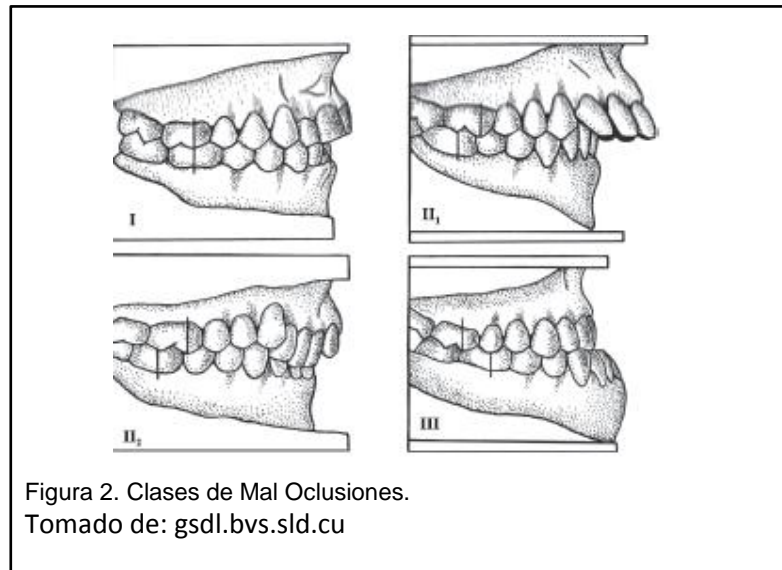
5.1.2 CLASE CANINA

A la relación canina se la conoce también como Llave de Atkinson:

- **Clase I canina:** Los caninos se encuentran en normo oclusión, es decir, la cúspide del canino superior ocluye entre el canino inferior y el primer premolar inferior (Ustrell José M., 2002).
- **Clase II canina:** El canino superior ocluye entre el canino y el incisivo lateral inferior (Ustrell José M., 2002).
- **Clase III canina:** El canino superior ocluye muy distal al canino inferior (Ustrell José M., 2002).

5.1.3 TIPOS DE MAL OCLUSIONES

- **Maloclusión de Clase I:** Consiste en la relación normal de los molares, pero presenta una incorrecta posición de la línea de oclusión resultado de anomalías en la posición dental (Angus C, 2010).
- **Maloclusión de Clase II:** Molares inferiores se encuentran en distoclusión completa o incompleta (Ustrell José M., 2002).
 - Clase II división 1, se presentan una inclinación hacia la zona labial de los incisivos superiores, formando así una sobre-mordida horizontal (Ustrell José M., 2002).
 - Clase II división 2, se observa una inclinación hacia lingual de los incisivos centrales superiores y los incisivos laterales están inclinados labialmente (Ustrell José M., 2002).
- **Maloclusión de Clase III:** El surco vestibular del primer molar inferior ocluye por mesial de la cúspide vestibular del primer molar superior (Angus C, 2010).



5.2 ETIOLOGÍA DE MAL OCLUSIONES

Tener la oportunidad de realizar una correcta prevención y un tratamiento temprano se basa específicamente en conocer las causas de la mal oclusión, así tenemos (Hurtado C, 2012, p 19):

5.2.1 HEREDITARIAS

Estas mal oclusiones se transmiten de generación en generación, se pueden manifestar desde el nacimiento o en el transcurso del crecimiento y desarrollo. Dentro de esta clasificación tenemos (Hurtado C, 2012, p 19):

- Prognatismo
- Agenesias
- Supernumerarios
- Diastemas
- Clase II división 2
- Macrodoncia
- Microdoncia
- Giroversiones

5.2.2 CONGÉNITAS

Se presentan en el periodo embrionario, sus causas pueden ser (Hurtado C, 2012, p 19):

- Tratamientos médicos
- Agresiones a la madre

- Alcoholismo
- Drogadicción

5.2.3 ALTERACIONES GENÉTICAS

Generalmente son alteraciones en la estructura de los cromosomas, se presenta en varios síndromes (Hurtado C, 2012, p 20):

- Síndrome de Down.
- Síndrome de Turner.
- Síndrome de Patov.
- Displasia Cleidocraneal.
- Displasia Ectodermica.

5.2.4 ETIOLOGÍA ADQUIRIDA

A. Generales

(Hurtado C, 2012, p 20- 21):

- Enfermedades: como ejemplo se menciona el raquitismo, cuya manifestación oral es la mordida abierta.
- Sistema endocrino: como problemas de tiroides y paratiroides.
- Nutrición.

B. Locales

(Hurtado C, 2012, p 20- 21)

- Hábitos deformantes como la onicofagia, succión de labios, dedos, objetos, mordisqueos y la interposición lingual.
- Tetero o biberón, su uso prolongado produce mordida abierta, distoclusión, protrusión superior con diastemas.
- Respiración oral, alergias.
- Exodoncia prematura sin mantenedor de espacios.
- Deglución atípica.
- Frenillo lingual.

5.3 CAUSAS GENERALES DE LAS CLASES DE MAL OCLUSION

- **CLASE I:** Genética, dieta blanda, dientes supernumerarios, alteraciones de forma y tamaño dental (Hurtado C, 2012, p 23).
- **CLASE II:** Genética, hábitos, respiración oral, succión digital y dieta blanda (Hurtado C, 2012, p 23).
- **CLASE III:** Genética, adenoides, contacto prematuro de caninos temporales, frenillo lingual corto y macroglosia (Hurtado C, 2012, p 23).

5.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS MAL OCLUSIONES CLASE I

La característica principal de las mal oclusiones Clase I es generalmente el apiñamiento, mientras que el espacio es menos frecuente. La relación canina puede ser normal o puede ser clase II o clase III (Daljits S, 2013, p 148).

Puede presentarse una mordida abierta si la relación vertical se encuentra incrementada, si se encuentra aumentada la sobremordida incisiva se encontrará una Clase II mordida profunda. Así también se puede presentar una mordida cruzada unilateral o bilateral en un incremento de forma transversal por anomalías dentales o por problemas esqueléticos verdaderos (Daljits S, 2013, p 148).

En las mal oclusiones clase I se puede observar también una biprotrusión maxilar, esto se da al presentarse una proinclinación de los incisivos tanto superiores como inferiores (Daljits S, 2013, p 149).



Figura 3. Mal oclusión Clase I. Se observa apiñamiento en maxilar.
Tomado de: orthohacker.com

5.5 CARACTERÍSTICAS DE LAS MAL OCLUSIONES CLASE II

5.5.1 MAL OCLUSIÓN CLASE II DIVISION 1

La mal oclusión clase II división 1 presenta como característica principal la presencia de una sobremordida horizontal, además de que los bordes incisales de los incisivos inferiores se encuentran por detrás de los cúngulos de los incisivos superiores ya que estos se encuentran proinclinados. Esta mal oclusión se encuentra asociada con un patrón esquelético Clase II (Daljits S, 2013, p 156).

Puede existir la presencia de una clase II incluso clase III si la presencia de un factor tisular o hábito causa la proinclinación de los incisivos superiores y/o retroinclinación de los incisivos inferiores (Daljits S, 2013, p 156).

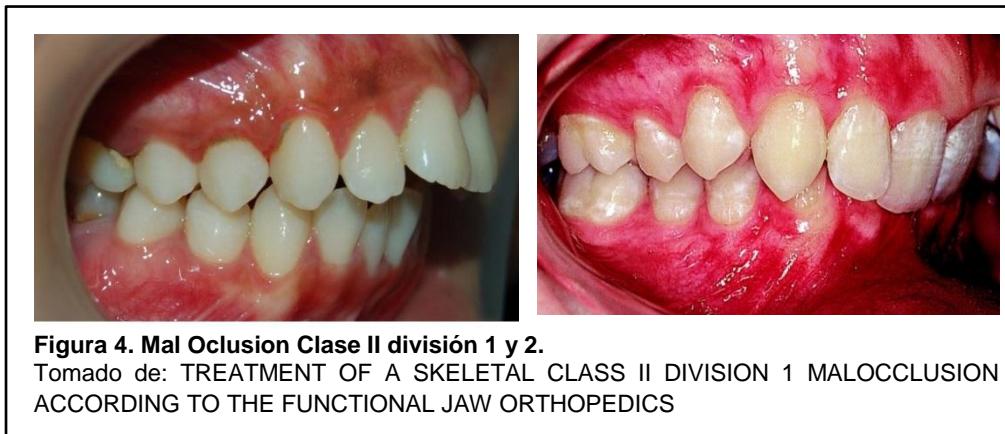
En lo que corresponde a los tejidos blandos, se puede observar una posición mandibular para permitir así el contacto de los labios. En caso de una sobremordida, el labio inferior funciona como tope palatino para los incisivos superiores (Daljits S, 2013, p 157).

5.5.2 MAL OCLUSIÓN CLASE II DIVISION 2

Esta mal oclusión se caracteriza por la retroinclinación de los incisivos centrales superiores, la presencia de sobremordida horizontal es mínima, pero esta puede estar incrementada (Daljits S, 2013, p 163).

Se puede encontrar patrones Clase I o Clase III leve debido a una retrognasia mandibular, altura facial inferior reducida y proyección hacia adelante del mentón (Daljits S, 2013, p 163).

Es común observar que la línea labial inferior es alta en relación con los incisivos superiores y existe un incremento de la posición de reposo del labio inferior (Daljits S, 2013, p 163).



5.6 CARACTERÍSTICAS DE LAS MAL OCLUSIONES CLASE III

Existe una mal oclusión clase III, cuando el borde incisal de los incisivos inferiores ocluya anterior al cingulo de los incisivos superiores. La sobremordida horizontal se encuentra reducida o puede estar inversa (Daljits S, 2013, p 168).

Los tejidos blandos favorecen la compensación dentoalveolar, ya que la lengua proinclina los incisivos superiores y el labio inferior fuerte proinclina los inferiores para lograr un tope incisal (Daljits S, 2013, p 168).



5.7 HÁBITOS

Se define como hábito a la costumbre adquirida de repetir frecuentemente una acción que en su comienzo se realiza de forma frecuente y posteriormente se realiza inconscientemente (Suzely S, 2014).

5.7.1 HÁBITOS FISIOLÓGICOS

Son aquellos hábitos con los que nace el individuo, los cuales se adoptan o abandonan fácilmente conforme madura el niño. Dentro de estos hábitos tenemos los que presentan patrones reflejos como la succión digital durante el primer año de vida del infante, la deglución infantil, entre otros (Mendizabal G., 2007) (Salguero, A., 2012).

5.7.2 HÁBITOS NO FISIOLÓGICOS

Son aquellos que se han adquirido en el niño, al grado de que éste lo empieza a ejecutar cuando siente amenazado por los eventos ocurridos en su mundo. Dentro de este grupo se puede mencionar succión del dedo, succión del labio, deglución atípica, onicofagia y respiración bucal; al realizar estos hábitos produce en los dientes, tejidos blandos y arcos dentarios fuerzas perniciosas, convirtiéndose en unos de los factores etiológicos más comunes de la maloclusión (Mendizabal G., 2007) (Salguero, A., 2012).

5.8 HÁBITOS ORALES

Los Hábitos orales son capaces de cambiar la relación y forma de las arcadas dentarias, como también la posición de los dientes. Odontopediatras, odontólogos generales y Pediatras, como profesionales de la salud, durante la valoración de los pacientes infantiles deben identificar de manera precoz la presencia de dichos hábitos y modificarlos para evitar en lo posible el desarrollo de maloclusiones (Macías R, 2014).

Los malos hábitos orales son capaces de modificar el normal desarrollo del sistema estomatognático desequilibrando las fuerzas musculares tanto externas como internas. Dicha inestabilidad se presenta al no ejercerse una correcta presión de una de las fuerzas, permitiendo que la otra produzca una deformación ósea ya que mantiene su intensidad habitual. (Macías R, 2014) (Carvajal J., 2014).

Así también, se adicionan fuerzas que normalmente no se encuentran presentes, como por ejemplo la presión que ejerce el dedo en la succión o la interposición de otros objetos como: tetero, chupete, chupón, entre otros. Estos objetos producen alteraciones que suelen ocasionar en el infante distintos problemas, emocionales, psicológicos, alteraciones de otros sistemas del organismo y del aprendizaje (Carvajal J., 2014) (Nahas M, 2009).

5.9 CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE HÁBITOS

- **Instintivos:** En un principio son funcionales, sin embargo, posteriormente con la persistencia en el tiempo se pueden tornarse perjudicial (González, M., 2012).
- **Placenteros:** Aquellos que son realizados por suplir acciones y lograr una satisfacción en el infante. Succión digital o del chupón (González, M., 2012).
- **Defensivos:** Se presenta en aquellos pacientes que toman un medio de defensa, por ejemplo en pacientes que presentan asma, alergias, etc.,

ya que aquí utilizan la respiración bucal como un hábito defensivo (González, M., 2012).

- **Adquiridos:** Hábitos que se obtienen con el tiempo como en pacientes con paladar y labio hendido desarrollan la fonación nasal (González, M., 2012).
- **Imitativos:** Actitudes que realizan con el fin de imitar a alguien que admiran: Gestos, muecas, etc. (González, M., 2012).

5.10 TIPOS DE MALOS HÁBITOS

Los malos hábitos orales generan una deformación la cual depende fundamentalmente de los siguientes factores (Carvajal J., 2014):

- a) El momento en que se inicia el hábito, si el hábito comienza a desarrollarse en una edad temprana mayor es el daño, ya que el hueso es más moldeable en esta etapa (Carvajal J., 2014).
- b) El tiempo que dura el mal hábito (minutos/horas) (Carvajal J., 2014).
- c) La frecuencia en que se lo realiza (número de veces al día) (Carvajal J., 2014).

El niño suele utilizar los hábitos orales para disminuir la tensión emocional y dependiendo de la frecuencia, intensidad y duración, será la severidad de las consecuencias (Hurtado C, 2012, p 27).

5.10.1 HÁBITOS DE SUCCIÓN

La succión es un reflejo primitivo y fisiológico muy importante en la sobrevivencia del bebé. Esta se desarrolla en la vida intra uterina desde la 18va y 24va semana de gestación, pero solo en la 32va se encuentra madura (Guedes-Pinto A, 2011, p357).

El bebé succiona los labios, lengua y dedos desde la vida intrauterina, de esta manera esta función ya se encuentra desarrollada para cuando el bebé nace (Guedes-Pinto A, 2011, p357).

A través del amamantamiento, que se da por la succión del seno materno, el bebé realiza los primeros contactos con el mundo exterior, no solo de forma nutritiva, si no también sentimental al interactuar con su madre creando el vínculo madre-hijo (Guedes-Pinto A, 2011, p357).

El amamantamiento es considerado fundamental para el desarrollo armonioso de las estructuras estomatognáticas y estéticas de la cara, porque los ejercicios que se realizan durante la succión del seno materno fortalecen los músculos, dilatan las fibras de los músculos orbicular de los labios y proporcionan la coordinación de los actos de succión y respiración (Guedes-Pinto A, 2011, p358).

Por medio de la succión del seno materno el bebé además de nutrirse logra liberar sus tensiones, por ello esta función es indispensable en los primeros meses de vida, ya que no solo nutre al bebé si no también suple las necesidades psicoemocionales (Guedes-Pinto A, 2011, p358).

Se piensa que el reflejo de succión se mantiene hasta que se maduran las estructuras neuromusculares y cuando los movimientos de comer y beber se encuentran coordinados y adaptados, esto ocurre entre el sexto y séptimo mes de vida (Guedes-Pinto A, 2011, p359).

Cuando se prolonga por un periodo demasiado largo este hábito es considerado no funcional o también *Succión No Nutritiva*, la cual comprende dedos, labios, chupete o biberón (Guedes-Pinto A, 2011, p361).

5.10.2 SUCCIÓN DIGITAL

Es el hábito más deletéreo en la boca y cara de un niños (Hurtado C, 2012, p 27), comprende las acciones adquiridas por la repetición constante de actividades neuromusculares conscientes o inconscientes, las cuales son reguladas por arcos reflejos procedentes de necesidades psicológicas (Carvajal J., 2014).

Este hábito se puede instalar por varios motivos, entre esos tenemos ausencia de lactancia materna o por buscar gratificación oral, estos son remplazados por

biberones o chupetes los que se los considera como no nutritivos ya que satisfacen las necesidades psicológicas del niño (Carvajal J., 2014) (Guedes-Pinto A, 2011, p362).

Varios estudios han mostrado que existe una relación entre el tiempo de lactancia y los hábitos parafuncionales, cuanto mayor es el tiempo de lactancia menor es la presencia de estos hábitos (Guedes-Pinto A, 2011, p362).

Cuando aparecen los dientes temporales, se sustituye a la succión digital por la masticación, por ello se lo considera mal hábito cuando estando los dientes temporales en boca este hábito persiste (Carvajal J., 2014).

Dentro de los cambios que produce la prolongación de la succión digital podemos mencionar los siguientes: mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, disminución de la distancia entre caninos superiores, relación canino Clase II, aumento de Overjet (Guedes-Pinto A, 2011, p362) (González, M., 2012).

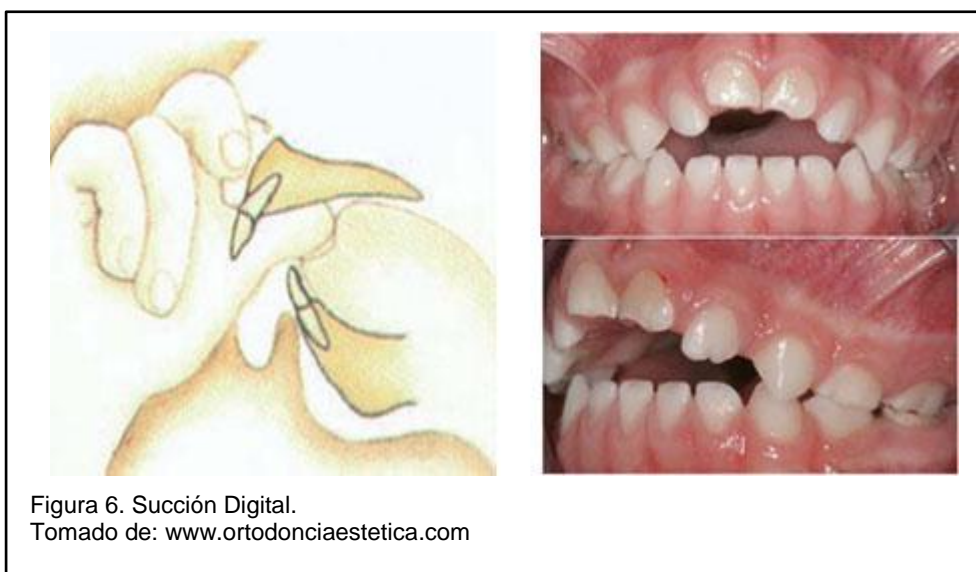


Figura 6. Succión Digital.
Tomado de: www.ortodonciaestetica.com

5.10.3 SUCCIÓN DE LABIO

Se considera un efecto secundario de un mal hábito de deglución atípica o succión digital, es más común la presencia de succión del labio inferior (González, M., 2012).

Los pacientes con succión de labio presentan un marcado overjet, retroinclinación de incisivos inferiores, protrusión dentoalveolar superior, labio superior hipotónico, hipertrofia del musculo mentoniano, labio inferior hipertónico, se observa también que los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina así como también la presencia de retrognatismo mandibular (González, M., 2012).

5.10.4 ONICOFAGIA

La onicofagia es el hábito de morder las uñas, este hábito se presenta en mayor porcentaje en la infancia y adolescencia. Se cree que su etiología está relacionada con stress, imitación a otros miembros de la familia, herencia, sustitución a otros hábitos, como por ejemplo succión digital, succión de labio (Guedes-Pinto A, 2011, p375).

El morderse las uñas, es considerado un hábito muy difícil de reeducar ya que es bastante disimulable (Guedes-Pinto A, 2011, p375).

La Onicofagia es considerada un hábito antihigiénico y sus principales complicaciones son: daño a cutículas y sangrado en bordes de las uñas, infecciones por hongos y bacterias que suele producir problemas estomacales, las consecuencias que se presentan en la oclusión son: movilidad en los dientes, reabsorción radicular, problemas en las encías, microtrauma ATM, algunas mordidas cruzadas, intrusión de dientes especialmente incisivos superiores (Guedes-Pinto A, 2011, p375) (Mendizabal G., 2007).

5.10.5 RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración nasal es una función primordial para el ser humano, a la semana 37 de vida intrauterina las estructuras que envuelven al proceso se encuentran

bien desarrolladas y aptas para ejercer su función (Guedes-Pinto A, 2011, p369).

La respiración bucal es aprendida después del nacimiento, el niño descubre que puede respirar por la boca cuando por alguna razón su función nasal está limitada, por ejemplo presencia de una gripe (Guedes-Pinto A, 2011, p369).

La respiración nasal propicia condiciones adecuadas para un crecimiento craneofacial normal (Guedes-Pinto A, 2011, p369). Cuando se realiza una respiración normal el aire ingresa por la nariz libremente, y se genera un cierre simultáneo de la cavidad bucal y se forma de esta manera una presión incorrecta entre el paladar duro y la lengua en el momento de la inspiración (González, M., 2012).

Por otro lado, la respiración bucal se genera cuando se obstruye el paso del aire por la vía nasal por la presencia de patologías como: congestión nasal en gripes frecuentes, desviación del tabique nasal, alergias, y la falta de higiene nasal (Macías R, 2014).

La respiración bucal se genera en los fenómenos de inspiración y expiración, es así que aumenta la presión intrabucal al transitar el aire pasa por la cavidad bucal, como el aire no pasa por la cavidad nasal penetra en los senos maxilares volviéndolos atrésicos, y generalmente dan al paciente rasgos de cara larga (González, M., 2012).

La respiración bucal se transforma en mal hábito cuando la patología nasal al respirar se ha superado. (Carvajal J., 2014).

Pacientes que presenta respiración bucal tienen las siguientes características: ojeras, hueso cigomático poco desarrollado, falta de desarrollo del tercio medio del rostro, paladar ojival, atresia maxilar, mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior, incompetencia labial, postura corporal y de cabeza inadecuada (Guedes-Pinto A, 2011, p369).



5.11 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE MALOS HÁBITOS ORALES

Se considera que para mantener un desarrollo favorable de la oclusión y evitar de esta manera cambios perjudiciales es muy importante la intervención temprana. Por ello, es necesario enfatizar en la prevención como un nivel importante de atención (Carvajal J., 2014).

Prevenir significa conservar el desarrollo en un estado normal, evitando trastornos en la integridad del diente y de la oclusión, educando, adoptando y colocando en práctica un conjunto de conocimientos, medidas y actitudes en lo posible de la forma más temprana (Nahas M, 2009, p 99).

La forma y la función deben caminar juntas, en cuanto más precoz sea el tratamiento de las funciones orales inadecuadas existirá mayor oportunidad de retomar un desarrollo normal (Guedes-Pinto A, 2011, p376).

El clínico y los padres de familia no deben enfocarse sólo en evitar los factores que interfieren o desvían el desarrollo, si no también estimular el correcto ejercicio de las funciones porque es lo que favorece un correcto crecimiento. De aquí nace la importancia de la atención precoz en el niño y su acompañamiento continuo (Nahas M, 2009, p 100).

Por ello, el profesional debe trabajar principalmente en realizar una adecuada promoción de la salud, una correcta prevención, diagnóstico e intervención temprana de las alteraciones que puedan afectar el desarrollo del sistema estomatognático en el paciente infantil (Estrada Y., 2015.)

Es realmente importante el crear una correcta prevención porque está representa un papel fundamental para evitar la presencia de las maloclusiones. La prevención implica el control de hábitos que se consideran nocivos para el desarrollo del sistema estomatognático, así como también el carácter mecánico o quirúrgico que prevenga la maloclusión (Estrada Y., 2015.)

Es necesario un trabajo en equipo para poder ejercer una solución en el problema de los malos hábitos orales, este debe incluir a profesionales de la salud como: dentista, pediatra, otorrinolaringólogo, psicólogo, y personas que se encuentran muy cercanas al entorno del niño como: profesores y padres; es también imprescindible que el niño se encuentre en una participación activa (Carvajal J., 2014).

La colaboración de los pediatras es de vital importancia, ya que son quienes intervienen en la salud de los niños en sus primeros años. Con el trabajo en conjunto con el pediatra se puede detectar los malos hábitos en sus inicios y explicar y educar a las madres acerca de la importancia de que estos sean eliminados a tiempo ya que mientras más rápido se elimina el mal hábito, menores serán los daños que este causen (Carvajal J., 2014).

5. 11.1 TRATAMIENTO DE HÁBITOS DE SUCCIÓN

El tratamiento debe comenzar a partir de los 5 años ya que antes este hábito es considerado un estabilizador de sus emociones y ansiedades (Angus C, 2010).

Es importante que los profesionales de salud guíen a las madres para que no se cometa un abuso del uso o uso indiscriminado del hábito. Siempre es recomendable brindar asesorías sobre los chupones y biberones que se deberían utilizar y el tiempo estimado a utilizarse (Guedes-Pinto A, 2011, p369).

- Hablar con un lenguaje comprensible al niño, según su edad, las consecuencias que causaría continuar con el hábito y convencerlo a que lo deje o disminuya la frecuencia (González, M., 2012).
- Utilizar un aparato removible o fija (rejilla lingual) (González, M., 2012).

5.11.2 TRATAMIENTO RESPIRACIÓN BUCAL

El tratamiento es interdisciplinar, es decir, trabaja en conjunto el otorrinolaringólogo, pediatra, odontopediatra y ortodontista (Guedes-Pinto A, 2011, p371):

- Realizar interconsulta con un otorrinolaringólogo para diagnosticar, tratar y eliminar el factor causal de la respiración bucal (González, M., 2012).
- Realizar ejercicios funcionales como rehabilitación muscular, estos ejercicios fortalecerán los músculos periorales y se promoverá el cierre de los labios (González, M., 2012).
- Utilizar placa vestibular o un trainer, estos impiden el ingreso de aire por la boca (González, M., 2012).



Figura 8. Trainer, tratamiento en pacientes respiradores bucales. Tomado de: www.sdpt.net

5.11.3 TRATAMIENTO ONICOFAGIA

El reconocimiento y eliminación del hábito son los primeros pasos, además de que son esenciales para evitar problemas mayores (Guedes-Pinto A, 2011, p376).

El tratamiento debe direccionarse con un mayor enfoque a conocer los factores desencadenantes del stress, complementar con refuerzo positivo, cuidado de las uñas y acompañamiento de la evolución del tratamiento (Guedes-Pinto A, 2011, p376).

5.12 RELACIÓN ENTRE MALOS HÁBITOS Y OCLUSIÓN: ANTECEDENTES

En **1988 Rojas** realizó un estudio en el que su objetivo era “Determinar la prevalencia de hábitos bucales en niños de 3 a 12 años en una zona urbana de Lima”. Tomó como universo a niños de programas de educación inicial y un centro educativo de la comunidad urbana. Para el estudio observó la salud en general y hábitos como succión digital, onicofagia, interposición labial, empuje lingual, respiración bucal. Como resultados se obtuvo que el 56,27 % de la población estudiada del presentaba algún tipo de hábito bucal, siendo así el de mayor prevalencia el empuje lingual con 26, 75%. El 80, 9% de los niños con malos hábitos bucales, presentaron algún rasgo de maloclusión en la dentición decidua o mixta (Mendizabal G., 2007).

Carrillo (1996) realizó una investigación transversal para establecer la relación existente entre las características de la oclusión y hábitos orales en una población peruana de niños de 24 a 48 meses con dentición decidua completa. Tomó como muestra a 91 niños que acudieron a consulta pediátrica al Hospital Nacional Cayetano Heredia del Ministerio de Salud, y a los policlínicos Angamos y Santa Rosa del Instituto Peruano de Seguridad Social en diciembre de 1995 y enero 1996. Los resultados que se obtuvieron fueron que los hábitos orales más frecuentemente eran morder objetos, succión digital, rechinar nocturno, y respiración bucal. Por factores de confusión no controlada en este estudio los resultados se vieron afectados indicando que en

ese grupo no habría relación entre las características de la oclusión y presencia de hábitos orales (Mendizabal G., 2007).

Arguto P. y colaboradores (1999) en Santiago de Chile, realizan un estudio, cuyo objetivo era la evaluación de la frecuencia de malos hábitos orales y determinar la relación entre la presencia de malos hábitos y el desarrollo de las anomalías dentomaxilares. Su universo constó de niños de 3 a 6 años de 6 colegios y 4 jardines infantiles particulares del área oriente de Santiago. Se pudo observar un total de 1 878 casos, en los que aparecía con mayor frecuencia la succión digital (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%). De los pacientes con malos hábitos, el 57% (417) presentó por lo menos una anomalía dentomaxilar, siendo la más frecuentes la distoclusión 38%, mordida cruzada 28% y mordida abierta en 16% (Arguto.P., 1999)

En el **2000 Tomita y colaboradores** realizaron un estudio con el fin de evaluar los hábitos orales y determinar los problemas que afectan la oclusión dental en niños preescolares. Evaluaron 618 niños y niñas entre 3 a 5 años de edad. El estudio fue realizado en instituciones educativas públicas de Baurú-Sao Paulo. El estudio se desarrolló en 2 pasos: evaluación de oclusión y un cuestionario de su estatus socio- económico. Las características anátomo-funcionales observadas siguieron la clasificación de Angle. Se observó que la prevalencia de maloclusión fue 51, 3% para niños y 56, 9% para niñas. Hubo alta prevalencia de maloclusión en los de grupo de 3 años de edad. Se concluyó que a la succión de algún objeto que se le proporcionaba al niño para pacificarlo, era el mal hábito más determinante asociado a problemas de maloclusión (Mendizabal G., 2007).

Así también, para el **2005 Villarroel** realizó en Perú un estudio para determinar la frecuencia de hábitos bucales y su asociación a maloclusiones dentarias, tomando a pacientes de 3 a 13 años de edad atendidos en la Clínica dental de la facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se evaluó 1430 historias clínicas, de las que los resultados fueron que el 20,9% presentaba malos hábitos orales, de las que en mayor frecuencia se presentaba la onicofagia, seguido por succión digital. De estos pacientes que

presentaban malos hábitos el 97,3% presentan maloclusiones, en su mayoría clase I (Mendizabal G., 2007).

Álvarez (2011) realizó en Perú un estudio cuyo objetivo fue determinar la influencia de los malos hábitos orales más prevalentes en la oclusión dentaria de infantes que asistieron a la Clínica del Niño de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Tomando como universo 50 pacientes infantes, la recolección de los datos se obtuvo mediante encuesta a los padres y examen clínico para el registro de maloclusiones. Como resultado se observó relación entre la succión digital con profundidad del paladar en el 60 % (11 infantes). También se comprobó que existe una relación positiva entre el paladar profundo y el hábito de respiración, concluyendo que la edad de los infantes de 19-36 meses fue la que mayor prevalencia presentaba (Álvarez y cols, 2011).

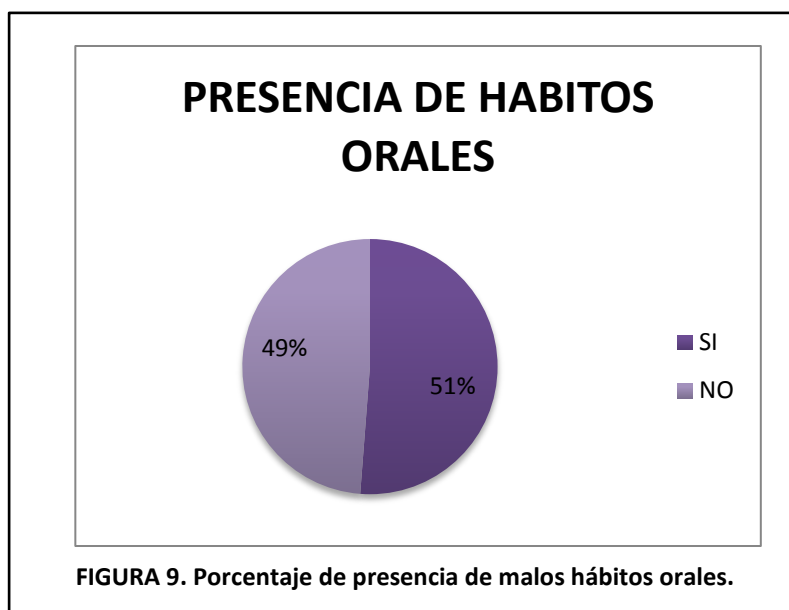
6. RESULTADOS

6.1 PRESENCIA DE HÁBITOS ORALES

Tabla 2. Presencia de hábitos orales.

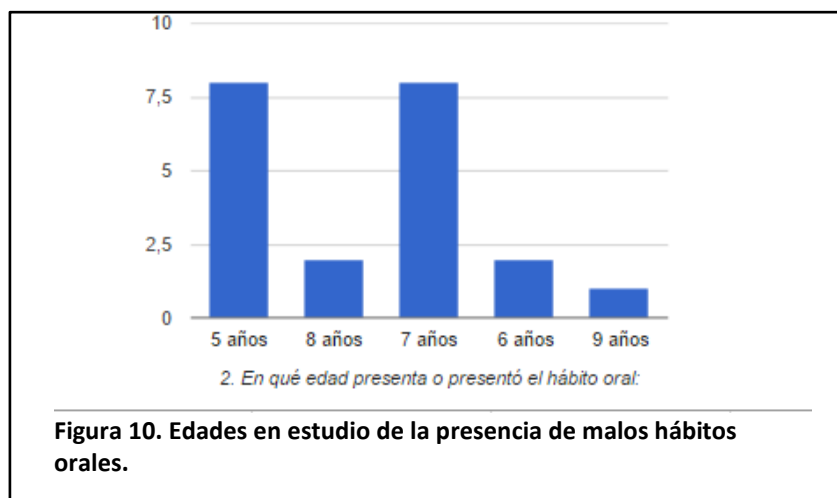
PRESENCIA DE HABITOS ORALES	
SI	21
NO	20
total	41

En esta tabla se puede observar que de un total de 41 niños evaluados 21 niños presentan hábitos y 20 niños no presentan ningún hábito.



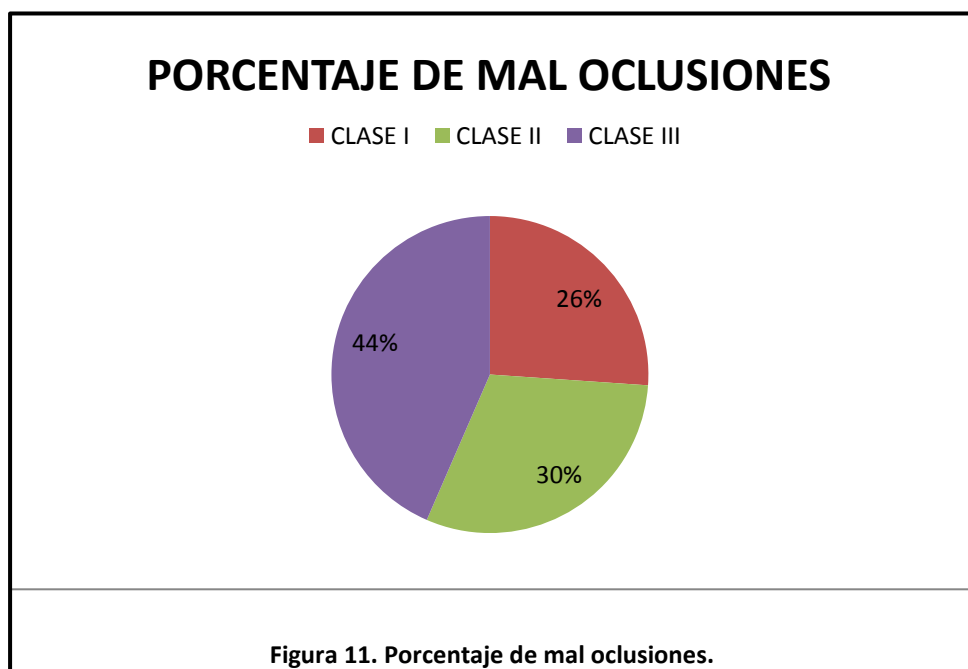
Este gráfico nos presenta los porcentajes de los hábitos orales encontrados en la Escuela "Nicolás Xavier Gorivar", teniendo el 51% de niños evaluados con hábitos y un 49% de niños que no presentan hábitos orales.

6.2 EDADES DE LOS NIÑOS



Esta tabla nos muestra que la mayor presencia de hábitos orales se manifiesta en niños de 5 y 7 años y en menor presencia de hábitos orales se encuentra en niños de 9 años.

6.3 PORCENTAJES DE MAL OCLUSIONES EN RELACIÓN CON LOS MALOS HÁBITOS ORALES



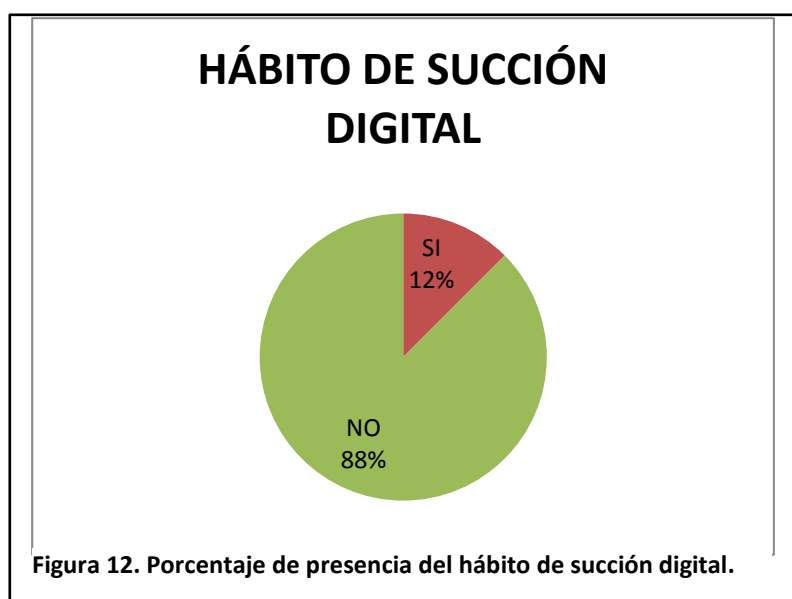
En esta tabla se puede observar que las mal oclusiones que tuvieron relación de acuerdo a los malos hábitos estudiados fueron mal oclusión Clase III con un 44%, mal oclusión Clase II con un 30% y mal oclusión Clase I con un 26%.

6.4 SUCCIÓN DIGITAL

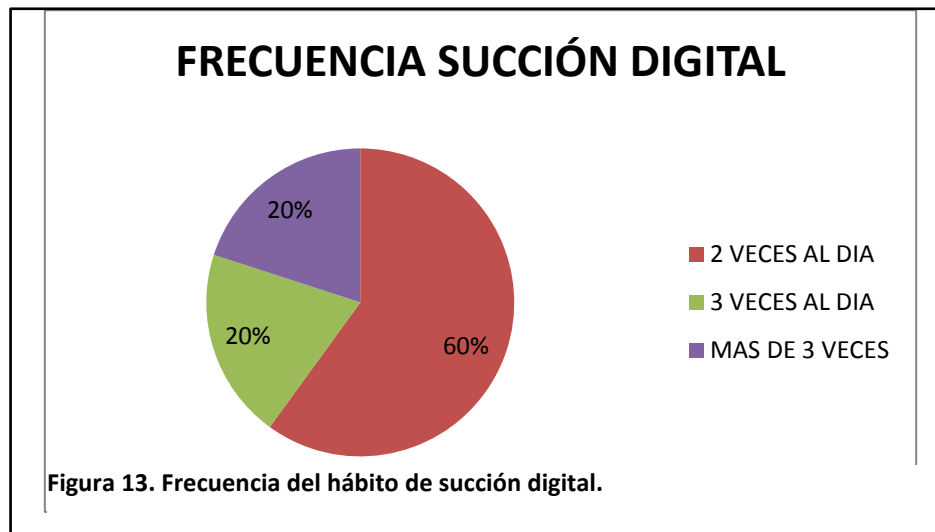
Tabla 3. Hábito de succión Digital.

HÁBITO SUCCIÓN DIGITAL		FRECUENCIA		MOMENTO	
SI	5	2 VECES AL DIA	3	NERVIOSO-ANSIOSO-CON MIEDO	1
		3 VECES AL DIA	1	DUERME	4
		MAS DE 3 VECES	1		
No	35				

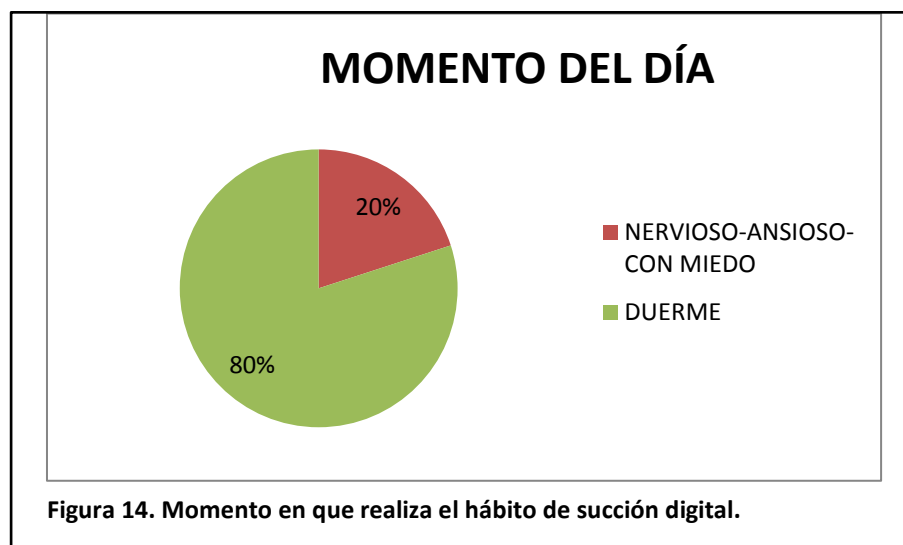
De los niños evaluados (40), 5 presentaron hábitos de succión digital; de estos niños 3 ejercían el hábito dos veces al día, 1 tres veces al día y 1 más de 3 veces al día, de la misma manera 4 niños practicaban este hábito mientras dormían y 1 cuando estaba ansioso o con miedo.



De los niños evaluados (100%), el 12% presentaron hábitos de succión digital y el 88% presento otros hábitos.



De los niños que presentaron hábitos de succión digital; el 60% lo ejercían dos veces al día, el 20% tres veces al día y el 20% más de 3 veces al día



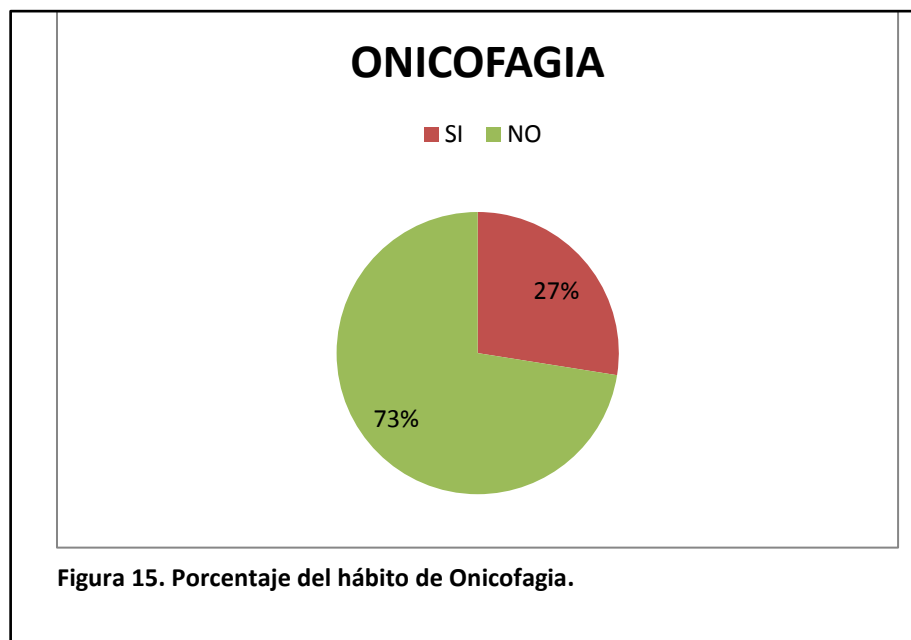
El 80% de los niños practicaban este hábito mientras dormían y el 20% cuando estaban ansiosos o con miedo.

6.5 ONICOFAGIA

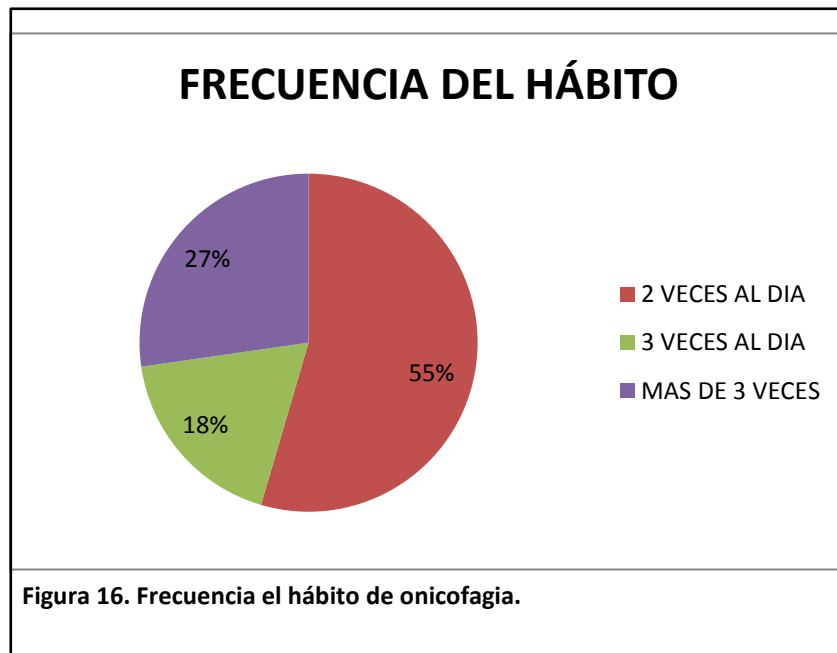
Tabla 4. Onicofagia

HÁBITO ONICOFAGIA		FRECUENCIA		MOMENTO	
SI	11	2 VECES AL DIA	6	NERVIOSO-ANSIOSO- CON MIEDO	8
		3 VECES AL DIA	2	DUERME	
		MAS DE 3 VECES	3	VE TV	3
No	29				

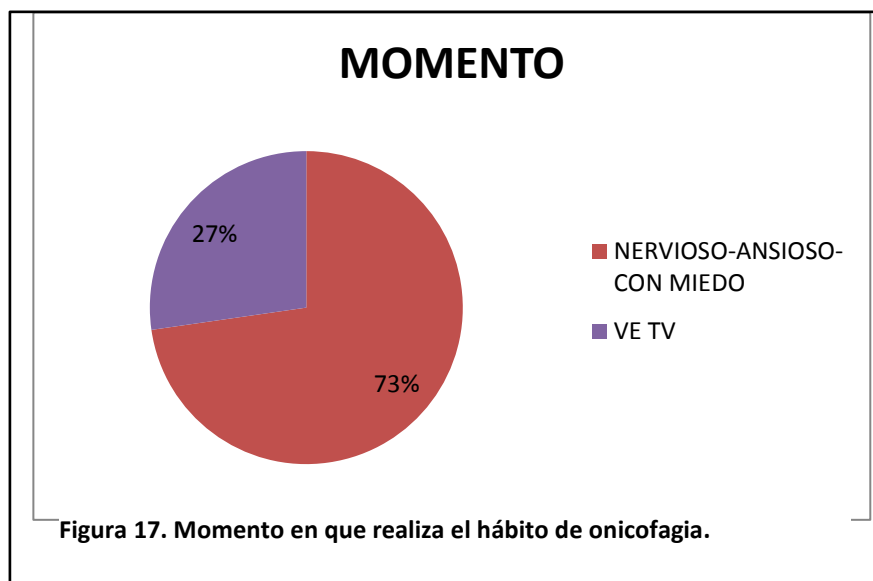
De los niños evaluados (40), 11 presentaron el hábito de onicofagia; de estos niños 6 lo aplicaban dos veces al día, 2 tres veces al día y 3 más de 3 veces al día, de la misma manera 8 niños practicaban este hábito cuando estaba ansioso o con miedo y 3 mientras el niño mira la televisión.



De los niños evaluados (100%), el 27% presentaron el hábito de onicofagia y el 73% correspondió a otro hábito.



De los niños que presentaron onicofagia, el 55% ejercían el hábito dos veces al día, el 18% tres veces al día y el 27% más de 3 veces al día.



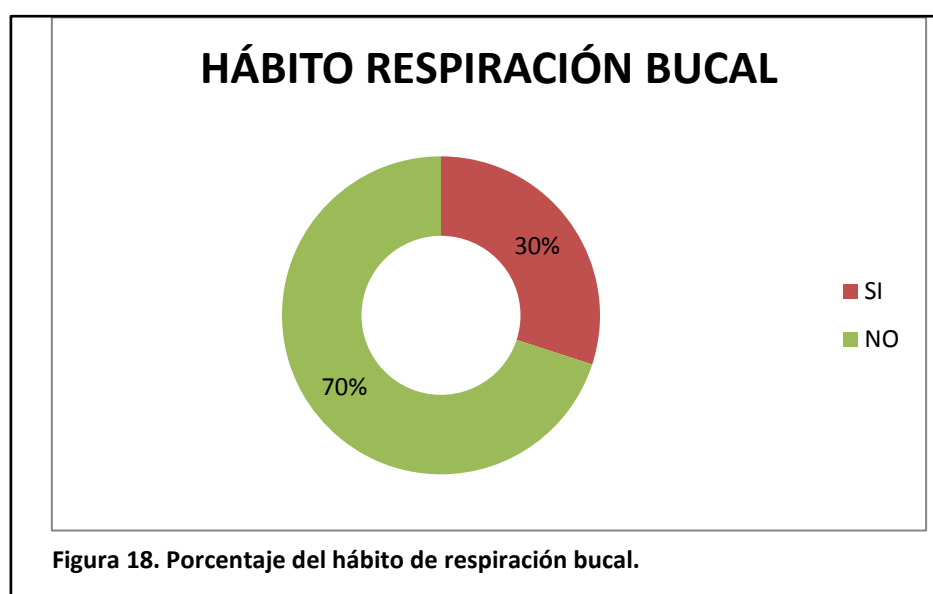
De la misma manera, el 73% de los niños practicaban este hábito cuando estaba ansioso o con miedo y mientras que el 27% de los niños lo realizan cuando miran la televisión.

6.6 RESPIRACIÓN BUCAL

Tabla 5. Respiración bucal.

HÁBITO RESPIRACIÓN BUCAL		FRECUENCIA		MOMENTO	
SI	12	2 VECES AL DIA	12	NERVIOSO-ANSIOSO- CON MIEDO	0
		3 VECES AL DIA	0	DUERME	12
		MAS DE 3 VECES	0		
NO	28				

De los niños evaluados (40), 12 presentaron el hábito de onicofagia; todos estos niños lo ejercían dos veces al día y cuando ellos dormían.



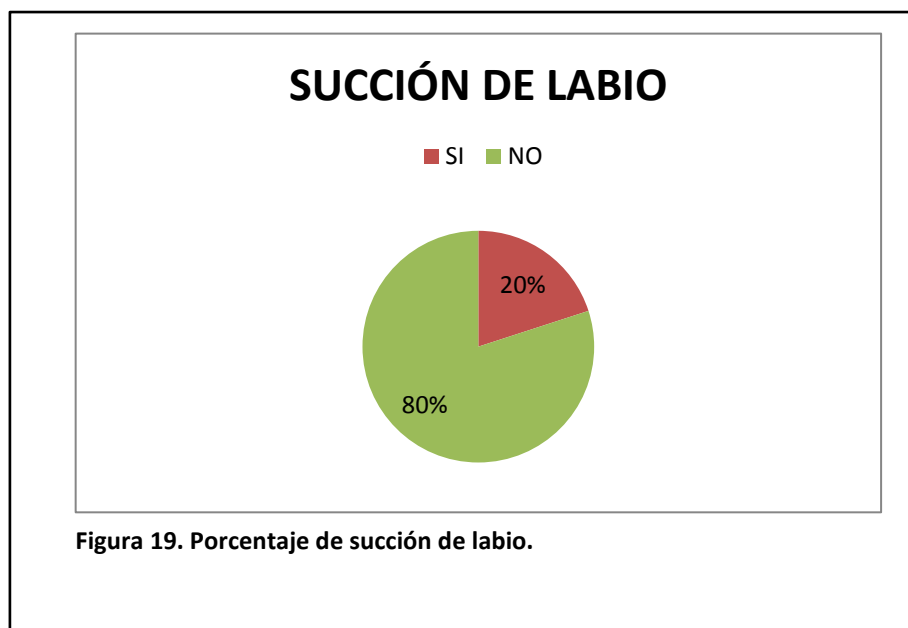
De los niños evaluados (100%), el 30% presentaron el hábito de onicofagia.

6.7 SUCCIÓN DE LABIO

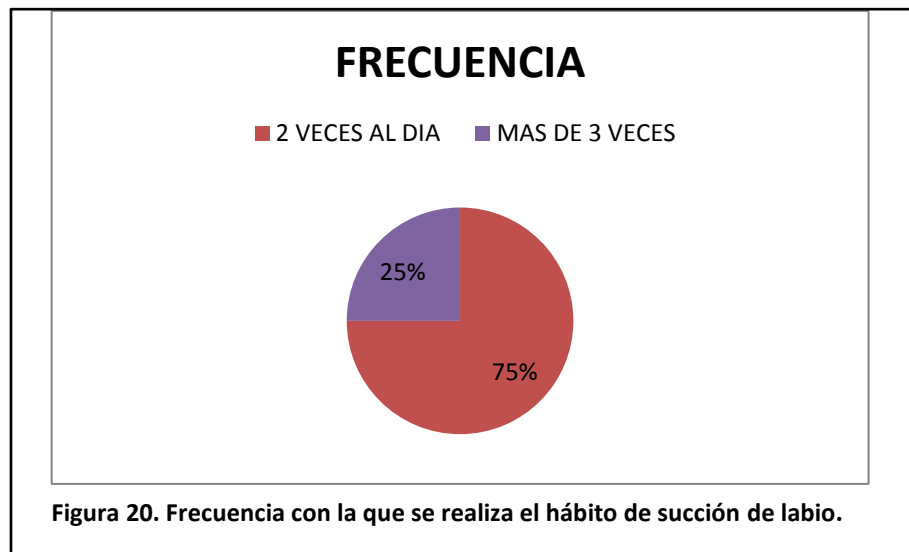
Tabla 6. Succión de labio.

HÁBITO SUCCIÓN DE LABIO		FRECUENCIA		MOMENTO	
SI	8	2 VECES AL DIA	6	NERVIOSO-ANSIOSO- CON MIEDO	4
		3 VECES AL DIA		DUERME	
		MAS DE 3 VECES	2	OTRO	2
NO	32				

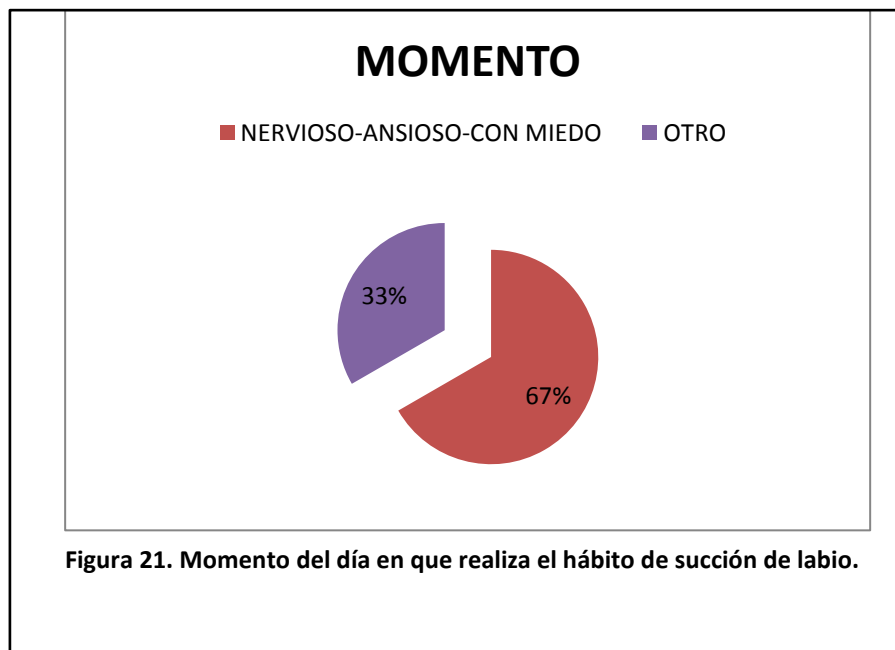
De los niños evaluados (40), 8 presentaron el hábito de succión labial; de estos niños 6 lo hacían dos veces al día y 2 más de tres veces al día, de la misma manera 4 niños practicaban este hábito cuando estaba ansioso o con miedo y 2 lo realizaban en otro momento.



De los niños evaluados (100), el 20% presentaron el hábito de succión labial, mientras que el 80% correspondía a otros hábitos.

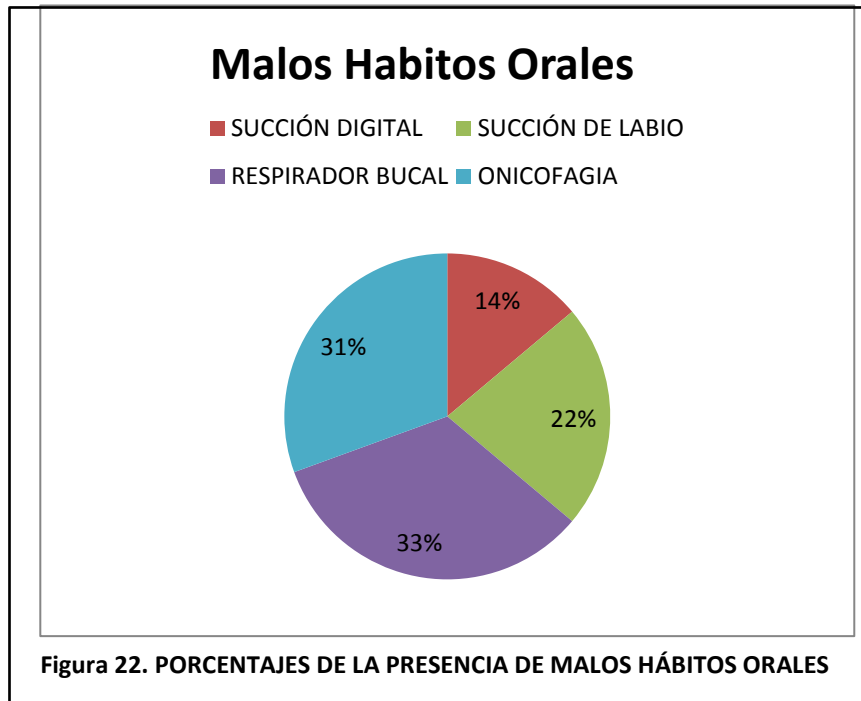


En lo que se refiere a este hábito el 25% lo hacían dos veces al día y el 75% más de tres veces al día.



De la misma manera el 67% de los niños practicaban este hábito cuando estaba ansioso o con miedo y el 33% lo realizaban en otro momento.

6.8 RESUMEN DE PORCENTAJES DE LA PRESENCIA DE MALOS HÁBITOS ORALES

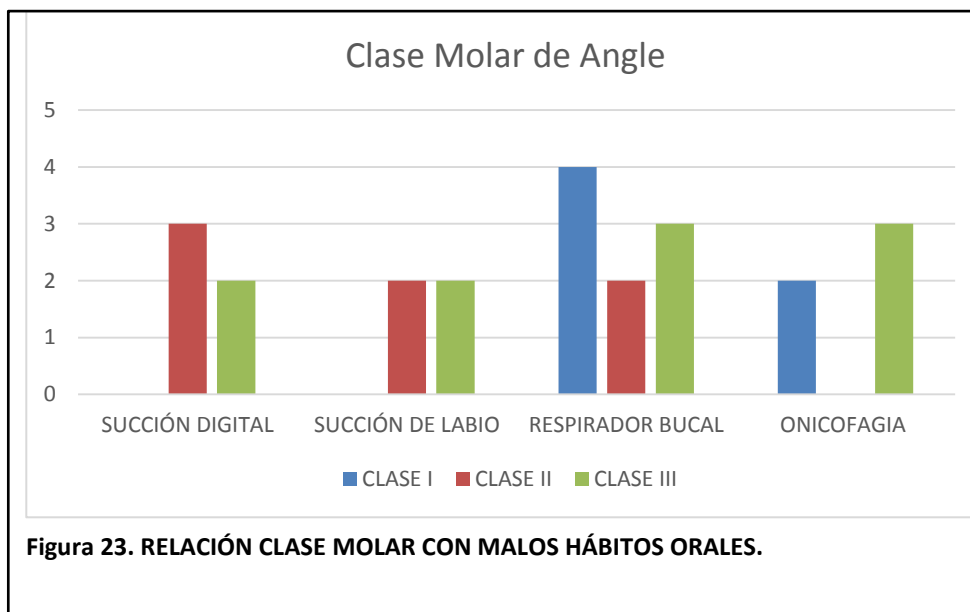


Recopilando los datos encontrados podemos decir que el 33% de los niños evaluados presenta el hábito de respiración bucal, el 31% el de onicofagia, el 22% succiona el labio y el 14% practica la succión digital.

6.9 RELACIÓN CLASE MOLAR CON MALOS HÁBITOS ORALES

Tabla 7 RELACIÓN CLASE MOLAR CON MALOS HÁBITOS ORALES.

HÁBITOS	CLASE I	CLASE II	CLASE III
SUCCIÓN DIGITAL		3	2
SUCCIÓN DE LABIO		2	2
RESPIRADOR BUCAL	4	2	3
ONICOFAGIA	2		3

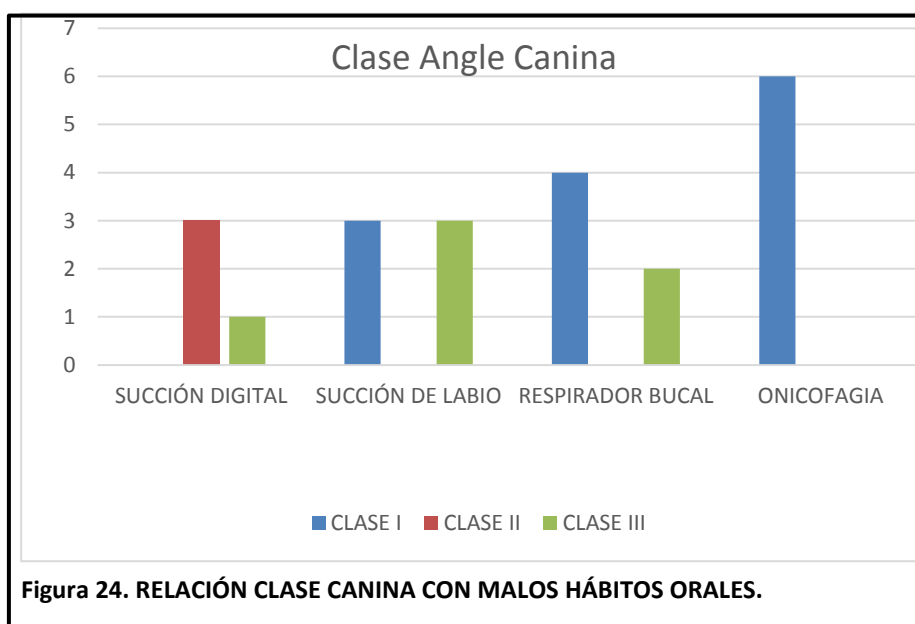


En esta tabla se puede observar que en la clase molar de angle, la clase I presento los hábitos de onicofagia y de respiración bucal; siendo este último de mayor presencia; en la clase II se encontró en mayor cantidad el hábito de succión digital seguido de el de respiración bucal y de succión labial, por otro lado, en la clase III se evidenció la presencia de los cuatro hábitos; siendo la respiración bucal y la onicofagia los más relevantes.

6.10 RELACIÓN CLASE CANINA CON MALOS HÁBITOS ORALES

Tabla 8. RELACIÓN CLASE CANINA CON MALOS HÁBITOS ORALES.

HABITOS	CLASE I	CLASE II	CLASE III
SUCCIÓN DIGITAL		3	1
SUCCIÓN DE LABIO	3		3
RESPIRADOR BUCAL	4		2
ONICOFAGIA	6		

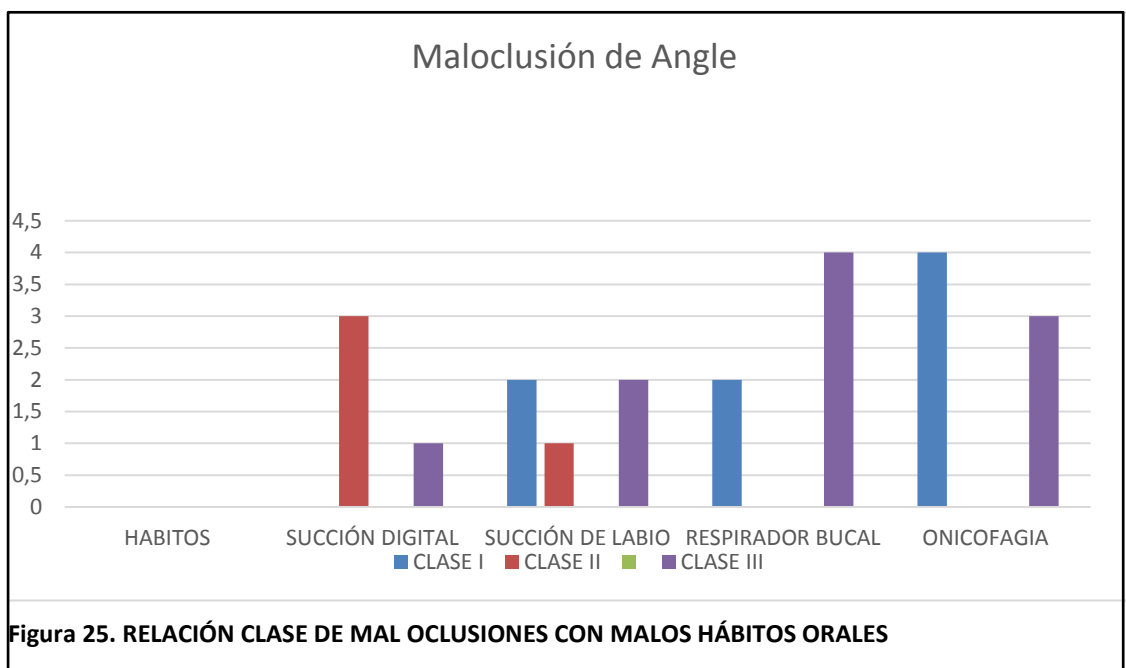


En esta tabla se puede observar que en la clase canina, la clase I se presentó los hábitos de onicofagia, succión labial y de respiración bucal; siendo este último de mayor presencia; en la clase II solo se encontró el hábito de succión digital y, en la clase III se evidenció la presencia de tres hábitos; la succión digital, la respiración bucal y la succión labial, siendo el más relevante la succión labial.

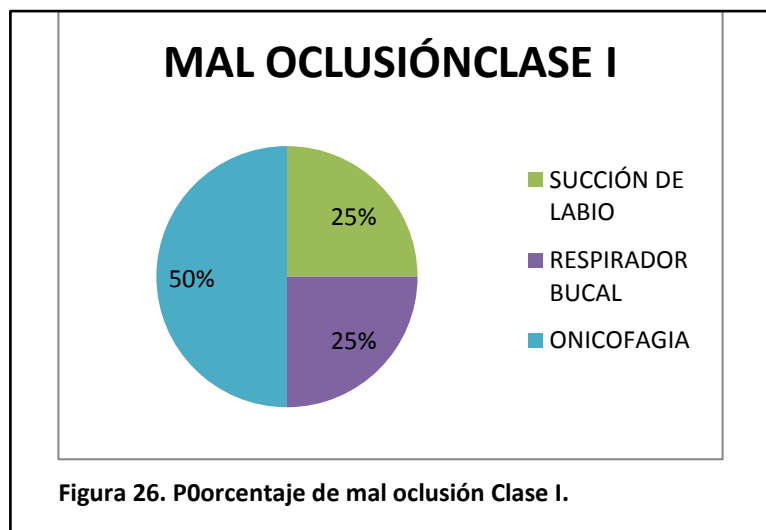
6.11 RELACIÓN CLASE DE MAL OCLUSIONES CON MALOS HÁBITOS ORALES

Tabla 9. RELACIÓN CLASE DE MAL OCLUSIONES CON MALOS HÁBITOS ORALES.

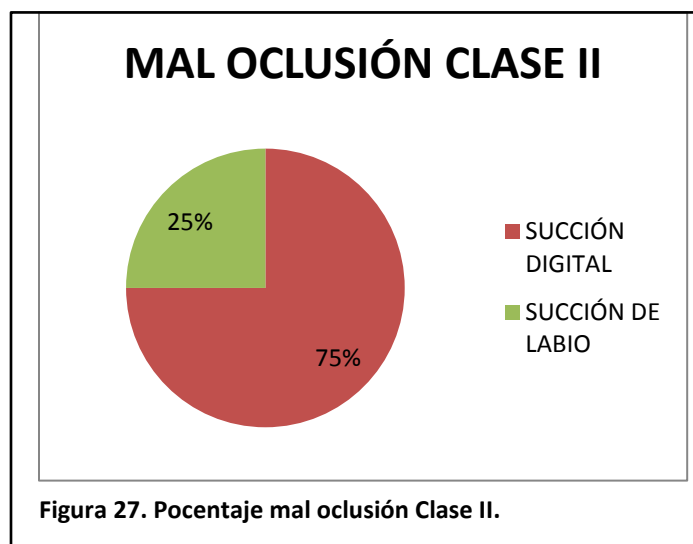
HABITOS	CLASE I	CLASE II		CLASE III
		DIV 1	DIV 2	
SUCCIÓN DIGITAL		3		1
SUCCIÓN DE LABIO	2	1		2
RESPIRADOR BUCAL	2			4
ONICOFAGIA	4			3



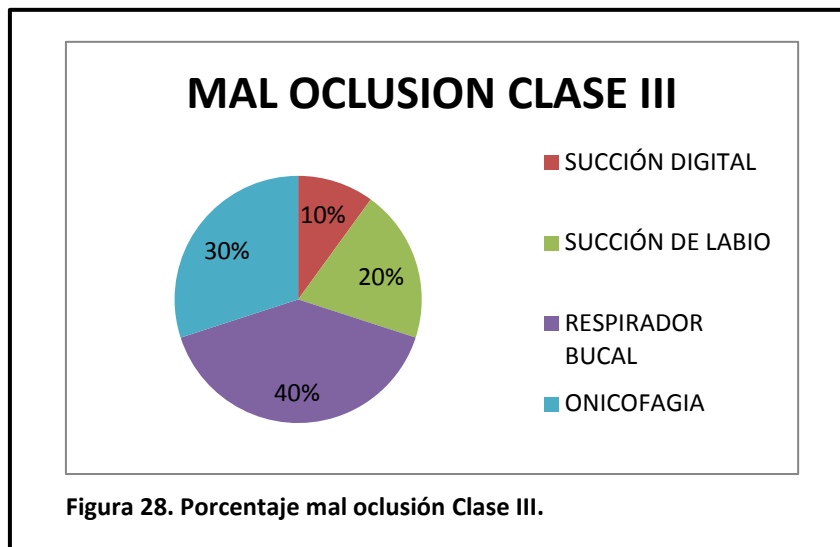
En lo referente a mal oclusiones según la clasificación de angle se puede observar que en la mal oclusión clase I se presentaron los hábitos de onicofagia, succión labial y de respiración bucal; siendo la onicofagia la de mayor presencia; en la clase II división I se encontró el hábito de succión labial y de succión digital y, en la clase III se evidenció la presencia de los 4 hábitos.



La mal oclusión clase I presentó los hábitos de onicofagia (50%), succión labial(25%) y de respiración bucal (25%).



En la mal oclusión clase II división I se encontró el hábito de succión labial (25%) y de succión digital (75%).



En la mal oclusión clase III se evidenció la presencia de los 4 hábitos, succión digital (10%), succión labial (20%), respirador bucal (40%) y onicofagia (30%).

7. DISCUSIÓN

Los malos hábitos orales generalmente se tratan de prácticas o costumbres, es decir, cumplen patrones que se aprenden al repetirlos por varias ocasiones, siendo consciente en un principio y posteriormente se vuelven inconscientes (Alvárez, 2011). Las alteraciones que los hábitos orales ocasionarían dependerá de la intensidad, duración y frecuencia en la que se presenta el hábito, como también la edad del infante en la que se inicia, ya que mientras más temprano inicie el daño es mayor, porque en tempranas edades el hueso está formándose y es más moldeable (Acevedo O, 2011).

Franco menciona que varios autores consideran a los hábitos orales normales en las edades de 3 ó 4 años, pero de esta manera también recalcan que su persistencia a partir de los 5 años es la que genera un patrón esquelético desfavorable y diversas anomalías, esto va de la mano con los patrones de crecimiento que empiezan a generarse en estas edades (Franco V. 2012),

Al igual que en el estudio realizado por Álvarez en el 2011, estos datos nos llevan a plantearnos la necesidad de insistir en un plan de prevención y una correcta educación a los padres de familia de la relación de los malos hábitos orales en la oclusión de los niños, sobre todo si estos se encuentran en crecimiento, y la importancia de mantener una prevención y tratamiento a tiempo (Alvárez, 2011).

En relación con la presencia de malos hábitos orales obtuvimos que se encontraran en mayor porcentaje pacientes respiradores bucales 33%, seguidos por onicofagia 31%, succión de labio 22% y finalmente succión digital 14%. En comparación con Villaroel que en el 2005 expone en su estudio que de los niños que presentaban malos hábitos orales (20.9%) el más frecuente fue la onicofagia, seguido por succión digital y finalmente la respiración bucal (Mendizabal G., 2007).

Es necesario destacar que al igual que Kasparaviciene, K. en el 2014 el estudio fue realizado mediante un análisis de registros fotográficos, por ello se considera totalmente valioso estos resultados ya que solamente un análisis

clínico podía haber sido objeto de sesgo o error por agotamiento físico durante el proceso de observación durante el análisis clínico visual, al análisis oclusal en fotografía existe la posibilidad de analizar de forma más tranquila y detallada la relación dental, de esta manera se justifica el empleo de este tipo de registro para el análisis ejecutado (Kasparaviciene, K., 2014).

En el estudio de Acevedo del 2011, demostró que los hábitos orales afectaron más a los niños de 10 años, en un 84,2% (Acevedo O, 2011). En comparación con este estudio se puede observar que los malos hábitos orales se encuentran presentes más en niños de 5 y 7 años y en menor porcentaje en niños de 9 años. Por otro lado, en el 2000 Tomita y colaboradores encontraron en su estudio que existía mayor prevalencia de hábitos orales en niños de 3 años de edad y se puede explicar en esta edad existe referencia ya que es muy común otorgarle objetos a los niños para pacificarlos (Mendizabal G., 2007).

Carvajal señala que es muy común que durante la infancia se desarrollen los hábitos de succión no nutritiva, sin embargo, estos pueden causar cambios fisiológicas y estéticos, en especial si este hábito se ve prolongado durante 36 meses de edad o más (Carvajal J., 2014). Guedes-Pinto señala que si se logra interceptar y tratar el hábito entre los 2 a 3 años, las repercusiones son menores. Sin embargo, Hurtado explica que es mejor retirar los hábitos orales a partir de los 5 años de edad, ya que en ese proceso muchos hábitos son la forma que tiene el niño para eliminar tensiones emocionales (Guedes-Pinto A, 2011, p357) (Hurtado C, 2012, p 27).

Álvarez expuso en su estudio que encontró una presencia del 60% del hábito de succión digital, en nuestros resultados se encuentra que de los niños estudiados sólo el 12% presento succión digital, de los cuales se encontraban en las edades de 5 a 7 años. Ante el hábito de succión digital prevaleció la mal oclusión clase II en un 75% (Álvarez, 2011).

En relación con lo onicofagia, se puede obtener que se presenta en el 31% de los niños en estudio, afectando en mal oclusiones Clase I en un 50%, Clase II 25% y Clase III en un 30%. Se puede relacionar que la onicofagia se exprese

como el segundo hábito con gran presencia debido a los factores de stress que muchos niños adquieren desde temprana edad.

Arguto P. y colaboradores en 1999 realizaron un estudio en el cual la respiración bucal ocupaba el segundo lugar de malos hábitos con el 23% y en relación con las mal oclusiones fue la más frecuentes la distoclusión 38% (Arguto.P., 1999). Basado en este estudio se puede decir que el hábito con mayor presencia en niños de 5 a 10 años fue el de respiración bucal, presentándose en un 33% de los niños estudiados, afectando de igual manera en mal oclusiones con mayor porcentaje en la Clase III 40% y en menor forma a la Clase I 25%.

El hábito que no tuvo ninguna relación notable con la literatura es la succión de labio, sin embargo en nuestro estudio se encontró que el 22% de los niños en estudio presentaron este hábito, de los cuales su afección fue en igual porcentaje en la mal oclusión Clase I y mal oclusión Clase II 25%.

La presencia de mal oclusiones no fue relacionada con el sexo pero si con la edad. El tipo de maloclusión más frecuente que se encontró fue la mal oclusión Clase III, seguida por la mal oclusión Clase I y finalmente la mal oclusión Clase II, observándose de esta manera que el tipo de hábito no se relacionó con un tipo específico de mal oclusión.

8. CONCLUSIONES

- Se identificó el porcentaje de mal oclusiones inducidas por malos hábitos orales en niños de 5 a 10 años, las cuales fueron mal oclusión Clase III 44%, Clase II en un 30% y Clase I en un 26%.
- Se determinó que el hábito oral que influyó en mayor porcentaje en la mal oclusión Clase I fue la onicofagia (50%).
- Se estableció que el hábito oral que influyó en mayor porcentaje en la mal oclusión Clase II fue la succión digital (75%).
- Se indicó que el hábito oral que influyó en mayor porcentaje en la mal oclusión Clase III fue la respiración bucal (40%), para lo cual se cree que existe una relación hereditaria de Clase III.

9. RECOMENDACIONES

- En las escuelas donde se realiza servicio a la comunidad enfatizar en las charlas de promoción de la salud sobre los malos hábitos orales, de esta manera se ejerce una mayor prevención de posibles mal oclusiones.
- Mantener una mejor comunicación con los médicos tratantes y personal que se encuentra en el entorno de los niños, de esta manera se genera un trabajo en equipo y se puede interceptar un mal hábito oral a tiempo y ejercer el tratamiento oportuno.
- Los alumnos que realizan servicio a la comunidad e identifican una mal oclusión, deben indagar sobre cuál sería la causa posible, ya que la mayoría tiene relación con los malos hábitos orales, para que remitan al niño a la Clínica de la facultad de odontología de la UDLA, de esta manera se puede erradicar el mal hábito y controlar la oclusión en su crecimiento.

REFERENCIAS

- Angus C. Cameron. (2012). *Manual de odontología Pediátrica*. Barcelona, España. Elsevier.
- Guedes-Pinto A. (2011). *Fundamentos de Oodntologia, Oodntopediatría*. Brasil. Santos.
- Nahás P. María. (2009). *Odontopediatría en la primera infancia*. Sao Paulo, Brasil. Santos.
- Hurtado S. Camilo. (2012). *Ortopedia maxilar integral*. Bogotá, Colombia. ECOE Ediciones.
- Naranjo Jorge. (2003). *Oclusión, función y parafunción*. Quito, Ecuador. CELU.
- Daljit S. Gill. (2013). *Ortodoncia, principios y práctica*. México DF, México. Manual Moderno.
- Arguto P. (noviembre, 1999). *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*, 70 (6), 1-7.
- Álvarez P. María A. y Colbs. (Diciembre, 2011). *Estudio Piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes*, 14(2), 13-16.
- Mendizabal G. (2007). *Nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio odontológico pediátrico en el centro médico naval 2006*. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Kasparaviciene, K. (octubre, 2014). *The Prevalence of Malocclusion and Oral Habits among 5–7-Year-Old Children*, 20(3), 2036-2042.
- Antoine H. (noviembre, 2014). *Malocclusion in Elementary School Children in Beirut: Severity and Related Social/Behavioral Factors*, 2015 (21), 1-10.
- Suzely S. (Julio, 2014). *Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood*, 96 (14) , 1-6.
- Salguero, A. (2012). *Análisis de los hábitos más frecuentes que inducen a tratamiento de ortodoncia en niños de 6 a 10 años*. Manta, Ecuador. ULEAM

- Maia- Nader, M. (Julio, 2014). *Factors associated with prolonged non-nutritive sucking habits in two cohorts of Brazilian children*, 74 (14), 1-10.
- González, M. (2012). *Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica*,1317-5823, 1-6.
- Ustrell José M. (2002). *ORTODONCIA*. Barcelona, España. Text Docents. 2da edición.
- Macías R. (Mayo, 2014). *Características de la oclusión en niñas y niños malienses, cubanos y venezolanos de 5 a 9 años: estudio descriptivo*. 14(4), 1-9.
- Carvajal J. (Junio, 2014). *Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las mal oclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre, 2012*. 221-22.
- Estrada Y. (Enero, 2015). *Factores de riesgo de maloclusiones en niños de 5 años con dentición temporal*. 21(1). 1-7.
- MULLER. R. (enero, 2014). *MALOS HÁBITOS ORALES: REHABILITACION NEUROMUSCULAR Y CRECIMIENTO FACIAL*. 25(2). 380-388.
- Acevedo O. (enero, 2011). *EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ESCOLARES DE 8 A 11 AÑOS PORTADORES DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES*. 9(2). 117-123.

ANEXOS

PRESUPUESTO

RUBROS	VALOR
Materiales y Suministros	\$20
Viajes Técnicos	\$30
Subcontratos y servicios (Ej. Estadístico)	\$20
Recursos Bibliográficos y Software	\$20
Entrega final de la tesis (borradores y empastado)	\$100
Transferencia de resultados (Publicaciones o eventos)	\$50
Total	\$240

CRONOGRAMA

Actividades	MES									
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Inscripción del tema (inicio de TIT)	X									
Planificación (revisión de texto con tutor)	X									
Prueba Piloto		X								
Recolección definitiva de la muestra			X							
Análisis de resultados				X						
Redacción de la discusión				X						
Redacción del texto final				X						
Presentación del borrador al corrector				X						
Entrega del empastado					X					
Defensa de Tesis					X					

Quito, 1 de diciembre del 2015

Dra. Elizabeth Rodríguez
Directora
Escuela de educación básica “Nicolás Javier Gorivar”

Estimada doctora, por medio de la presente yo, Pamela Garrido Villavicencio, estudiante de la facultad de odontología de la Universidad de las Américas, solicito ante usted de la manera más comedida se me autorice realizar el estudio de mi proyecto de tesis el cual se titula **“Influencia de los malos hábitos orales en la oclusión en niños de 5 a 10 años”**.

El estudio es de carácter observacional y tiene como objetivo determinar la influencia de los malos hábitos orales en la oclusión de niños de 5 a 10 años, para de esta manera proporcionar una correcta educación preventiva y determinar cuáles son los hábitos más frecuentes.

El estudio se realizará mediante un formulario, el cuál será llenado por los padres de familia, y la observación clínica que será registrada en fotografías, las cuales cumplirán con los derechos de confidencialidad del estudiado, es decir, se mantendrá el anonimato del niño utilizando en la fotografía una franja negra que cubra su rostro.

La participación de los estudiantes será totalmente voluntaria, y no tiene ningún costo, el padre de familia decidirá si su representado participa o no en el estudio.

En el estudio participarán los estudiantes de 1° año de básica hasta 5° año de básica correspondiendo a las edades planteadas en la investigación.

De antemano quedo agradecida por la colaboración brindada.

Pamela Garrido Villavicencio
Estudiante de la facultad de Odontología de la UDLA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Cod:
	Comité de Ética y Bioética para la Investigación de la Universidad de Las Américas (CEBE-UDLA)	Rev:
	Formato de consentimiento informado. Anexo 1	Hoja: De:

II: CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO

1. Consentimiento

Se me ha solicitado dar mi consentimiento para que mi representado participe en el estudio de investigación titulado: INFLUENCIA DE LOS MALO HÁBITOS ORALES EN LA OCLUSIÓN DE NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS.

El estudio de investigación incluirá: el registro de datos mediante un formulario, así como también un registro fotográfico de la cavidad oral, dichas fotos mantendrán el anonimato del estudiado, colocando una franja negra en los ojos para cubrir la identidad en la participación del estudio, de esta manera se cumplirán con los derechos de confidencialidad.

Yo he leído la información anterior previamente, de la cual tengo una copia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información y cada pregunta que yo he hecho ha sido respondida para mi satisfacción. He tenido el tiempo suficiente para leer y comprender los riesgos y beneficios de participación de mi representado. Yo autorizo voluntariamente que representado participe en esta investigación.

Firma del representante

Fecha

NOMBRE DEL NIÑO: _____

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento: Pamela Garrido V.

Firma del investigador

Fecha

Dra. Susana Loayza Lara
Pamela Garrido Villavicencio

0999842592
0995384200

FORMULARIO DE MALOS HÁBITOS ORALES

INDICACIONES:

El siguiente formulario será llenado en base a los hábitos que indique su representado.
Por favor marque con una x su respuesta.

1. El niño/a presenta o presentó algún hábito oral:

Si	No
----	----

2. En qué edad presenta o presentó el hábito oral:

3. El niño tiene el hábito de chuparse el dedo?:

Si	No
----	----

SI SU RESPUESTA FUE NO POR FAVOR SIGA CON LA PREGUNTA 4

3.1 Con qué frecuencia se chupa el dedo?

2 Veces Al Día	3 Veces Al Día	Más De 3 Veces
----------------	----------------	----------------

3.2 En qué momento del día se chupa el dedo?

Cuando Duerme	Cuando Tiene Miedo, ansiedad o está nervioso	Otra Causa
---------------	--	------------

4. El niño/a tiene el hábito de comerse las uñas?

Si	No
----	----

SI SU RESPUESTA FUE NO PORFAVOR SIGA CON LA PREGUNTA 5

4.1 Con que frecuencia se come las uñas?

2 Veces Al Día	3 Veces Al Día	Más De 3 Veces
----------------	----------------	----------------

4.2 En qué momento del día se come las uñas?

Cuando Duerme	Cuando Tiene Miedo, ansiedad o está nervioso	Otra Causa
---------------	--	------------

5. El niño/a tiene el hábito de chuparse el labio?
 SI SU RESPUESTA FUE NO PORFAVOR SIGA CON LA PREGUNTA 6

Si	No
----	----

5.1 Con que frecuencia se chupa el labio?

2 Veces Al Día	3 Veces Al Día	Más De 3 Veces
----------------	----------------	----------------

5.2 En qué momento del día se chupa el labio?

Cuando Duerme	Cuando Tiene Miedo, ansiedad o está nervioso	Otra Causa
---------------	--	------------

6. El niño/a tiene el hábito de respirar por la boca?
 SI SU RESPUESTA FUE NO, HA TERMINADO EL FORMULARIO

Si	No
----	----

6.1 Con que frecuencia respira por la boca?

2 Veces Al Día	3 Veces Al Día	Más De 3 Veces
----------------	----------------	----------------

6.2 En qué momento del día respira por la boca?

Cuando Duerme	Cuando Tiene Miedo, ansiedad o está nervioso	Otra Causa
---------------	--	------------

7. ¿Cree Ud. que la presencia de estos hábitos ha afectado al niño/a?

Si	No
----	----

7.2 ¿Cómo cree Ud. que esto le ha afectado? Al niño se lo observa

Trompudo	
Mandíbula hacia adelante.	
No puede cerrar la boca.	
Labios rojos, resecos y partidos.	
Callo en el dedo.	
Otra Causa.	

PACIENTE CLASE III

HÁBITO ORAL: ONICOFAGIA

FOTOS EXTRAORALES: FRENTE Y PERFIL.



FOTOS INTRAORALES



PACIENTE CLASE II

HÁBITO ORAL: SUCCIÓN DIGITAL

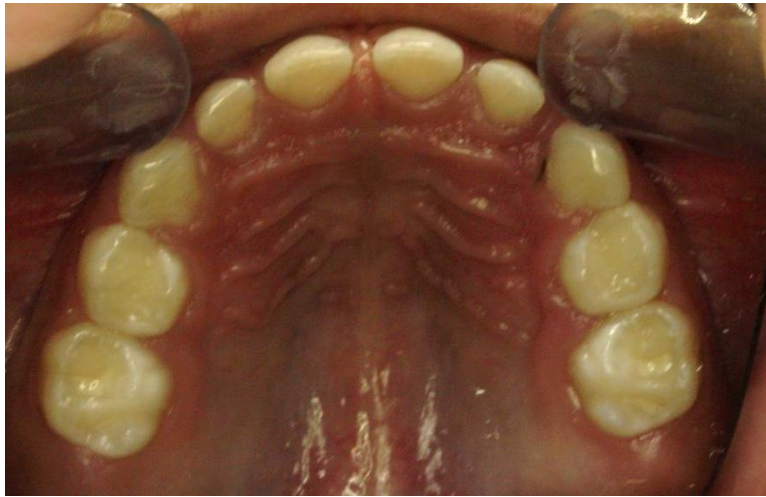
FOTOS EXTRAORALES: FRENTE Y PERFIL.



FOTOS INTRAORALES



FOTOS INTRAORALES



PACIENTE CLASE I

HÁBITO ORAL: SUCCIÓN DE LABIO

FOTOS EXTRAORALES: FRENTE Y PERFIL.



FOTOS INTRAORALES



FOTOS INTRAORALES



PACIENTE CLASE I

HÁBITO ORAL: RESPIRACIÓN BUCAL

FOTOS EXTRAORALES: FRENTE Y PERFIL.



FOTOS INTRAORALES



FOTOS INTRAORALES

