



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE MAL OCLUSIÓN ASOCIADA A HÁBITOS BUCALES
NOCIVOS EN NIÑOS DE 7 A 10 AÑOS, EN DOS ESCUELAS DE QUITO EN
EL PERIODO OCTUBRE- NOVIEMBRE 2017

Autora

Samira Estefanía Flores León

Año
2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE MAL OCLUSIÓN ASOCIADA A HÁBITOS BUCALES NOCIVOS EN NIÑOS DE
7 A 10 AÑOS, EN DOS ESCUELAS DE QUITO EN EL PERIODO OCTUBRE- NOVIEMBRE 2017

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Odontóloga

Profesora Guía
Dra. Karina Sánchez Paz

Autora
Samira Estefanía Flores León

Año
2018

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, Prevalencia de mal oclusión asociada a hábitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años, en dos escuelas de Quito en el periodo octubre- noviembre 2017, a través de reuniones periódicas con la estudiante Samira Estefanía Flores León, en el semestre 2017- 2018; orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Karina Paola Sánchez Paz

Odontopediatra

CC: 1712861689

DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, Prevalencia de mal oclusión asociada a hábitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años, en dos escuelas de Quito en el periodo octubre- noviembre 2017, de la estudiante Samira Estefanía Flores León, en el semestre 2017 – 2018, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Paola Alexandra Gubio Quishpe

Odontóloga

CC:1716363666

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, en el cual eh citado fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autores vigentes.”

Samira Estefanía Flores León

C.C 1003595525

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por guiarme y permitirme cumplir esta meta, porque a pesar de los obstáculos siempre me bendijo y fue mi fuerza; a mi familia: mis padres por su apoyo y amor constante, mis hermanos, mi abuelita que son un pilar fundamental en mi vida; en especial a mi novio por su total respaldo en todo momento, y a todas las personas que hicieron más fácil el camino. Agradezco de igual forma a mis profesores por los conocimientos brindados, y de manera especial a mi tutora la Dra. Karina Sánchez ya que con su cariño y apoyo me guio durante el desarrollo de este trabajo.

Estefanía.

DEDICATORIA

Dedico el presente estudio de investigación 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.

Estefanía.

RESUMEN

Los hábitos bucales son una práctica adquirida, ocasionados por la repetición continua de una sucesión de hechos que tienen como fin: apaciguar una escasez emocional. Es necesario conocer que una maloclusión en edades de 7 a 10 años asociadas a un hábito bucal nocivo llega a ser determinantes para una mala salud oral, al igual que tres factores indispensables: Frecuencia, Duración, Intensidad. Como resultado de esto, origina que el niño en las etapas de desarrollo y crecimiento obtenga ciertas modificaciones específicas en la oclusión y en los tejidos óseos y faciales. El objetivo de este estudio es establecer la prevalencia y asociación que existe entre el hábito bucal nocivo y mal oclusiones dentales en niños de 7 a 10 años. La presente investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal, se valoró una muestra de 120 niños los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los datos fueron recogidos por medio de un examen clínico realizado a los niños en las escuelas 6 de Diciembre y Gran Bretaña de la ciudad de Quito. Como resultado el hábito más frecuente es la succión labial, seguido de onicofagia; mientras que la mal oclusión más habitual fue el plano terminal recto en niños de 7- 8 años de edad.

Los factores sociales, económicos, religiosos y culturales son determinantes para el desarrollo del niño(a), debido a que cada uno se encuentra influenciado por el entorno social al que pertenece.

ABSTRACT

Oral habits are an acquired practice, caused by the continuous repetition of a succession of events that have the purpose of appeasing an emotional shortage. It is necessary to know that a malocclusion in ages of 7 to 10 years associated with a harmful oral habit becomes determinant for poor oral health, as well as three indispensable factors: Frequency, Duration, Intensity. As a result of this, it causes the child in the stages of development and growth to obtain certain specific modifications in the occlusion and in the bone and facial tissues. The objective of this study is to establish the prevalence and association that exists between the harmful oral habit and dental malocclusions in children from 7 to 10 years old. The present investigation is of a descriptive and cross-sectional type, a sample of 120 children was evaluated, which met the inclusion and exclusion criteria, the data were collected through a clinical examination carried out on children in schools December 6 and Great Britain from the city of Quito. As a result, the most frequent habit is labial suction, followed by onychophagia; whereas the most common malocclusion was the rectus terminal plane in children 7- 8 years of age.

The social, economic, religious and cultural factors are determinants for the development of the child, because each one is influenced by the social environment to which it belongs.

ÍNDICE

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Justificación	2
2. OBJETIVOS	2
2.1 Objetivo general.	2
2.2 Objetivos específicos.	3
2.3 Hipótesis.	3
3. MATERIALES Y MÉTODO	3
3.1 Tipo de estudio.	3
3.2 universo y muestra	4
3.2.1 Universo de la muestra.	4
3.2.2 Muestra.	4
3.2.3 Criterios de inclusión.	4
3.2.4 Criterios de exclusión	4
4. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO	4
5. MARCO TEÓRICO.....	5
5.1 Oclusión.	5
5.2. Maloclusión.	6
5.2.1 Maloclusión clase I.....	7
5.2.2 Maloclusión Clase II.	7
5.2.3 Maloclusión Clase III.	7
5.3 Planos terminales	8
5.3.1 Plano final o terminal recto.....	8
5.3.2 Escalón mesial.	8
5.3.3 Escalón distal.	9
5.4 Causas de la Maloclusión.	10
5.4.1 Sobre mordida Horizontal.	10
5.4.2 Sobre mordida Vertical.....	10

5.4.3 Mordida cruzada posterior.	11
5.4.4 Mordida cruzada anterior.	11
5.4.4.1 Dental.....	12
5.4.4.2 Funcional.....	12
5.4.4.3 Esquelética.....	12
5.5 Hábitos Bucales	13
5.6 Clasificación etiológica de los hábitos según gonzales et al (2012).....	13
5.6.1 Instintivos.	13
5.6.2 Placenteros.	14
5.6.3 Defensivos.	14
5.6.4 Hereditarios.....	14
5.6.5 Adquiridos.	14
5.6.6 Imitativos.....	14
5.7 Factores que intensifican, minimizan, o modifican la acción del hábito según Fieramosca et al. (2007).....	14
5.7.1 Duracion.....	14
5.7.2 Frecuencia.	15
5.7.3 Intensidad.	15
5.8 Hábitos No Fisiológicos.....	15
5.9 Clasificación de los Hábitos orales según Josell. (Bosnjak A. et al. (2002).....	16
5.9.1 Tipo nervioso:.	16
5.9.2 Hábitos profesionales:.....	16
5.9.3 Hábitos ocasionales:	16
5.10 Succion digital	17
5.10.1 Tipos de hábitos de succión Digital según (Fonseca et al. 2012, pp. 503).....	18
5.10.2 Consecuencias.....	18
5.10.3 Tratamiento de la succión digital.....	19
5.11 Deglución.....	19

5.11.1 Deglución atípica.....	20
5.11.2 Etiología.....	21
5.11.3 Factores etiológicos	21
5.11.4 Consecuencias adyacentes de la Deglución Atípica.....	23
5.11.4.1 Consecuencias en pacientes de Clase II	23
5.11.4.2 Consecuencias en pacientes de Clase III:	23
5.11.5 Tratamiento.....	23
5.12 Respiración bucal	24
5.12.1 Características	24
5.12.2 Mal oclusiones frecuentes originadas por la respiración bucal según laboren et al. (2010).	25
5.12.2.1 Alteraciones del Plano Sagital:.....	25
5.12.2.2 Alteraciones del Plano Transversal.....	25
5.12.2.3 Alteraciones del Plano Vertical.....	25
5.12.3 Consecuencias.....	26
5.12.4 Tratamiento.....	26
5.13 Onicofagia	27
5.13.1 Etiología	28
5.13.2 Características	28
5.13.3 Tratamiento.....	29
6 RESULTADOS	30
7 DISCUSIÓN.....	40
REFERENCIAS	44
ANEXOS	50

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo que se refiere a los hábitos bucales según (Gallardo y Cencillo 2004, pp. 261) los menciona como una práctica adquirida, ocasionados por la repetición continua de una sucesión de hechos que tienen como fin: apaciguar una escasez emocional; Es necesario recalcar que en su totalidad los hábitos bucales anómalos alteran la ubicación de los dientes y como tal, modifican la correlación y el diseño entre el maxilar y mandíbula.

Según la (OMS, 1997). establece que las mal oclusiones se encuentran ubicadas en el puesto tres, en relación de prevalencia de alteraciones bucales, debido a su asociación con distintas causas de riesgo, tales como los ambientales y genéticos. Indiscutiblemente éste es un problema de salud pública. Por otro lado, Warren et al. (2001, pp.1687). menciona que en las causas ambientales predomina la existencia de malos hábitos bucales, con el fin de influir en el desarrollo de una mal oclusión; es así como depende de tres factores importantes: 1. frecuencia, 2. Duración, 3. Intensidad. Como resultado de esto, origina que el niño en las etapas de desarrollo y crecimiento obtenga ciertas modificaciones específicas en la oclusión y en los tejidos óseos y faciales.

Por consiguiente, la mala oclusión resulta en deterioro estético y a su vez trastornos de función como: una trituración deficiente, el lenguaje y la deglución, teniendo como finalidad una calidad de vida negativa desde temprana edad, según Fernández et al. (2009, pp. 29).

Consideremos ahora, a los hábitos bucales de succión, chupón o mamila, los cuales sin dudarlo alteran el crecimiento oro facial normal, originando distorsiones dento esqueléticas, también de problemas que alteran la sicología normal del niño, afectivos, de enseñanza y además dificultades entre aparatos y sistemas como, respiratorio, digestivo, etc. Martínez, 2012, pp. 22.

Varios estudios han sugerido que la succión no nutritiva como es el chupar el pulgar o pacificadores indirectamente son responsables causantes de ciertas

mal oclusiones en la niñez, incluyendo mordida abierta anterior, aumento de sobrecarga y mordida cruzada posterior. Montaldo et al. (2011, pp.70). Un estudio dado por Fonseca et al. (2012, pp. 502) refiere una asociación entre el fracaso de amamantar por un corto periodo y un aumentado predominio de mal oclusiones clase II y III de Angle en adolescentes con historia de bruxismo después de los 6 años y otra relación con un periodo largo de amamantamiento con relación a niños respiradores bucales a largo plazo.

1.1 Justificación

En consecuencia, los hábitos bucales determinan ser el origen en primer o segundo lugar de mal oclusiones o alteraciones dento maxilofaciales, a pesar de la controversia relacionada con la edad en la que pueden ser valoradas como natural. De manera que existe relación entre la edad del paciente, su biotipo, duración e intensidad con que se ejecuta el hábito, serán las anomalías dento maxilofaciales que provoquen.

Por esta razón se justificará la investigación en los pacientes de 7 a 10 años de edad que presentan ciertos hábitos bucales que causan o son consecuencia de mal oclusiones dentales, para identificar, diagnosticar, prevenir y asociar que repercusión tiene en los mismos permitiendo así a los padres de familia dar a conocer el problema dental de sus hijos a tiempo para poder evitar problemas posteriores.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general.

- Establecer la prevalencia y asociación que existe entre el hábito bucal nocivo y mal oclusiones dentales en niños de 7 a 10 años en las escuelas Gran Bretaña y 6 de Diciembre de la ciudad de Quito en el periodo Octubre- noviembre 2017.

2.2 Objetivos específicos.

1. Evaluar la gravedad de las mal formaciones dentales que son causa o efecto de los hábitos bucales nocivos del niño.
2. Identificar según la muestra de escolares quiteños, cual es el hábito nocivo más común que presentan los niños en esta etapa de desarrollo.

2.3 Hipótesis.

Este estudio no requiere hipótesis debido a Diseño observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

Este es un estudio descriptivo debido a que se centra en la prevalencia de mal oclusión asociada a hábitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años. La finalidad de este estudio es descriptiva, ya que me permitirá identificar y registrar las características más importantes de las variables en una población específica, y a su vez es de secuencia transversal por ser un estudio de prevalencia y será realizado en un tiempo determinado; es observacional y según la cronología de los hechos es retrospectivo ya que se parte de una patología y los agentes causales de esta.

3. MATERIALES Y MÉTODO

3.1 Tipo de estudio.

Es un estudio de Diseño observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

La presente investigación es de tipo descriptivo., debido a que se centra en la prevalencia de mal oclusión asociada a hábitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años. Permitiendo identificar y registrar las características más importantes de las variables en una población específica.

3.2 universo y muestra

3.2.1 Universo de la muestra.

El universo estará constituido por pacientes niños de 7 a 10 años que asisten a las escuelas Gran Bretaña y 6 de Diciembre de la ciudad de Quito.

3.2.2 Muestra.

Serán seleccionados los niños que presenten hábitos bucales nocivos según los criterios de inclusión.

3.2.3 Criterios de inclusión.

- Consentimiento informado por los padres por ser menores de edad los niños.
- Niños en edad de 7 a 10 años con hábitos bucales nocivos.
- Niños que estén matriculados en las Unidades Educativas mencionadas.

3.2.4 Criterios de exclusión

- Niños que utilicen aparatos ortopédicos.
- Niños que tengan enfermedades sistémicas.
- Niños con Síndromes Genéticos.

4. Descripción del método

Para este estudio serán partícipes los niños en edad de 7 a 10 años que presenten hábitos bucales nocivos, los cuales luego de ser aprobado el consentimiento informado por parte de los padres se los atenderá en sus escuelas respectivamente; en un área designada. Para esta revisión, se llevará

a cabo con toda la bioseguridad requerida: tal como uniforme completo, gafas, gorro, guantes, mascarilla; y accesorios como fronto luz, Lysol y sablón para la desinfección del espejo bucal y explorador.

Inmediatamente se llenará una tabla de datos que servirá de guía para determinar si existe o no relación entre un hábito bucal con una mal oclusión.

5. MARCO TEÓRICO.

5.1 Oclusión.

Para comprender mejor lo nocivo que son los hábitos bucales en niños en el asentamiento de una apropiada oclusión, es indispensable conocer la oclusión normal. "Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto" (Warren et al 2001 pp.1687).

Cuando hablamos de una correcta oclusión, se define como: dientes del maxilar superior tienen correspondencia con los del maxilar inferior, permitiendo ser eficiente en los procesos de masticación y deglución de alimentos; además existe una correcta fonética y presenta un aspecto uniforme físicamente. (Laboren et al. 2010, pp. 3).

Canut en 1989 establece una diferencia entre oclusión y maloclusión, en la cual se debe realizar un análisis de la concordancia oclusal, cuando la mandíbula se encuentra en posición, llamada: oclusión céntrica; al mismo tiempo se instaura la relación de las dos arcadas cuando la mandíbula está en su colocación final, es decir una posición condilar que está libre de interferencias.

En definitiva, la norma apropiada de la oclusión utilizada en la primera dentición, referente con la posición final de los segundos molares temporales, están en el plano final recto, así como el plano final mesial y como resultado

según la clasificación de Angle, existe clase I molar, la cual es referente en la dentición definitiva. (Mendoza et al. 2014 pp.221).



Figura 1. Oclusión Normal según Angle.

Según Barberia E. 2002. Considera al plano final mesial exciso y al plano distal como iniciadores de una oclusión deficiente para la dentición permanente.

Mientras que W. Proffit destaca el posicionamiento de las piezas seis superiores con respecto a las piezas seis inferiores de clase I, II (y sus subdivisiones I y II) y III son lo más primordial al igual que la relación en el instante de la valoración de cualquier maloclusión que se encuentre afiliada con los hábitos nocivos.

5.2. Maloclusión.

Conociendo los parámetros normales de oclusión, Antoine Hanna et al 2014 describe a la mal oclusión como toda desviación de la normal disposición de los dientes, causando alteraciones en el habla, la masticación y problemas dento faciales que causarán problemas a futuro.

Kasparaviciene, K. menciona que las mal oclusiones son una combinación de factores ambientales y hereditarios que pueden actuar juntos o no.

En 1899 Angle incluyó la palabra clase para nombrar a las interrelaciones dentales mesiodistales, debido a que estimaba que las piezas seis superiores deciduos son puntos de referencia y los fracciona en tres grupos.

(Canut 1989).

5.2.1 Maloclusión clase I.

Hace referencia cuando, en la pieza seis inferiores deciduas el surco vestibular ocluirá en la cúspide mesiovestibular de la pieza seis superiores deciduos. Debido al apiñamiento que tiene la zona anterior los arcos dentales están ligeramente apretados.

En estas personas de clase I podemos encontrar que existe una relación uniforme entre sistemas óseos y neuromusculares mostrando así en la persona un perfil facial recto. (Di Santi. et al. 2003).

5.2.2 Maloclusión Clase II.

Los primeros molares superiores, ocluyen de manera distal con los primeros molares inferiores y así secuencialmente todos los dientes ocluirán de manera incorrecta y desde un inicio estarán forzados a tener una posición de oclusión distal, lo que causará un patrón más esquelético retrognático con resalte aumentado o falta de desarrollo de la mandíbula. (Angus C. 2010).

5.2.3 Maloclusión Clase III.

El primer molar inferior se encuentra en relación mesial con el primer molar superior. Se define como la posición adelantada del maxilar inferior respecto al maxilar superior; el cual proyecta tener la mandíbula prognática y una mordida cruzada anterior. (Angus C. 2010).



Figura 2. Tipos de Oclusión

5.3 Planos terminales

Es importante destacar que, en la dentición decidua la oclusión tiene la utilización de los planos terminales, la cual se define: en los segundos molares deciduos entre las superficies distales la relación mesiodistal existente en superiores e inferiores; esto se debe a que los dientes deciduos tienen relación céntrica. (Canut 1989).

Debido a esa referencia se considera:

5.3.1 Plano final o terminal recto.

Se encuentra en relación con el espacio distal de dientes en la arcada superior e inferior, además se encuentra equilibrada y va a estar colocada en el plano recto.

5.3.2 Escalón mesial.

Es considerable que los molares inferiores con su superficie más distal se encuentran en una posición mesial aumentada con relación a los superiores.

5.3.3 Escalón distal.

De donde resulta que la superficie distal de los molares inferiores se encuentra en una posición distal aumentada con relación a los superiores.

Identificación del plano terminal

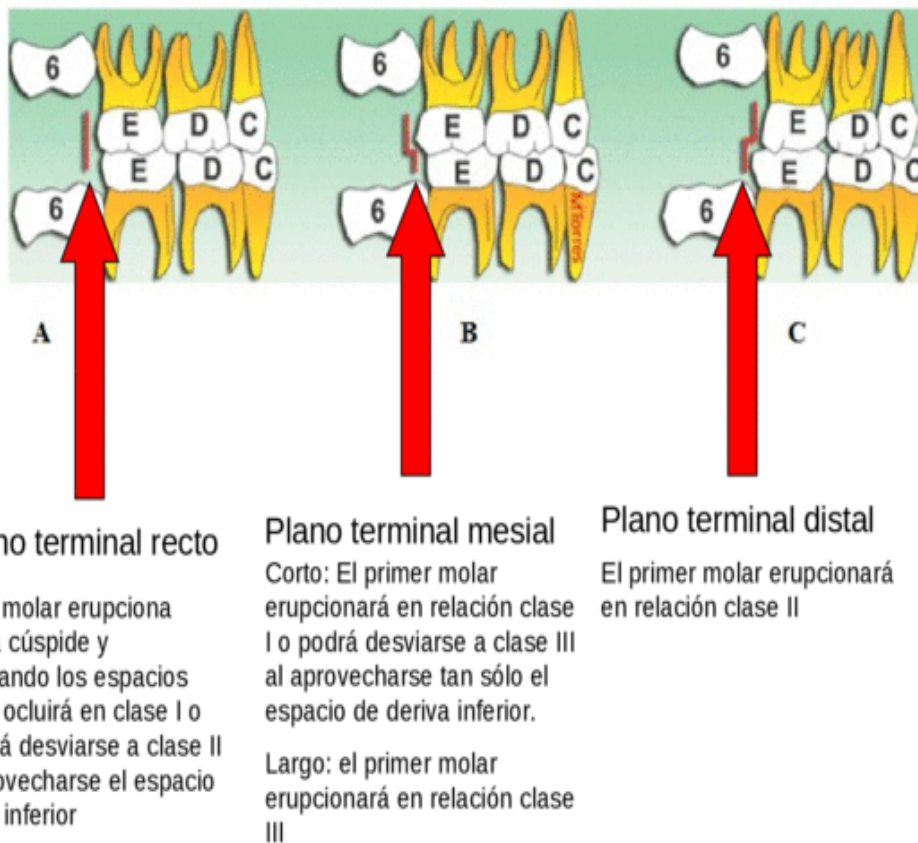


Figura 3. Identificación de los planos terminales y Espacios.

5.4 Causas de la Maloclusión.

5.4.1 Sobre mordida Horizontal.

En definitiva, es la anteposición horizontal de los incisivos superiores, la normalidad es cuando existe un contacto entre inferiores por detrás de superiores guardando la correlación de 2 a 3 mm. (Proffit. 2008).



Figura 4. Sobre mordida horizontal

5.4.2 Sobre mordida Vertical

Por lo que se refiere a la anteposición vertical de los incisivos superiores. Lo habitual es cuando existe contacto la superficie lingual de los incisivos superiores, con el borde incisal inferior, específicamente al nivel del cíngulo o sobre él, de 1 a 2 mm. De lo contrario a ello, se conoce como mordida abierta anterior (Proffit. 2008).



Figura 5. Sobre mordida Vertical

5.4.3 Mordida cruzada posterior.

Precisamente es la consecuencia de una disconformidad de tamaño tanto en el sistema óseo mandibular o maxilar superior, Estableciéndose así por una variación primordial en la extensión de las arcadas dentarias. Consecuencia de ello, proporciona un patrón de erupción defectuoso (Beraud. et al 2004).



Figura 6. Mordida cruzada posterior

5.4.4 Mordida cruzada anterior.

Una maloclusión, con la finalidad en que los incisivos y caninos se sitúan linguales respecto de sus antagonistas inferiores. La MCA (Mordida Cruzada

anterior) puede involucrar todos los dientes y se clasifica en Dental, Funcional y Esquelética.

5.4.4.1 Dental.

Considerada como tal, cuando los incisivos superiores en oclusión céntrica se sitúan linguales.

5.4.4.2 Funcional.

Conocida como Pseudo clase III; como resultado de interferencias oclusales que llevan a la mandíbula a una posición adelantada cuando está en máxima intercuspidad.

5.4.4.3 Esquelética.

Se asocia a una discrepancia en el tamaño de los maxilares y se la relaciona a una maloclusión clase III de Angle. (Hernández, J. A., & Villavicencio, J. H. (1997).



Figura 7. Mordida cruzada anterior.

5.5 Hábitos Bucales

De manera puntual se refiere a la rutina adquirida por la reincidencia habitual de un acto, al inicio se lo realiza de manera consciente y posteriormente de modo inconsciente. Existen dos tipos de hábitos bucales, unos considerados como fisiológicos o funcionales, son aquellos que nacen con el individuo como son: mecanismo de succión, movimientos corporales, el habla, la masticación, la ingestión, deglución y la respiración nasal; encontrándose asimismo los no fisiológicos son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la respiración bucal, la deglución atípica y la succión del dedo (Gallardo, V. P., & Cencillo, C. P., 2005, pp 263).



Figura8. Hábitos Perniciosos

5.6 Clasificación etiológica de los hábitos según gonzales et al (2012)

5.6.1 Instintivos.

Son aquellos que predomina el hábito de succión, en un inicio es pragmático, pero puede transformarse en nocivo por la reincidencia con el tiempo.

5.6.2 Placenteros.

Así, por ejemplo, la succión del chupón o digital

.

5.6.3 Defensivos.

Es decir, personas con asma, rinitis alérgica; la cual resulta que la respiración bucal se vuelve un hábito de defensa y natural

.

5.6.4 Hereditarios.

Conocidas también: deformidades hereditarias, tales como: lengua bífida, inserciones pequeñas de frenillos linguales, entre otros.

5.6.5 Adquiridos.

La mayoría de estos hábitos desaparecen con el tiempo, pero otros se pueden transformar en un comportamiento obsesivo. O a su vez puede ser la manifestación de algún problema físico como personas que tienen labio y paladar hendido, como causa de ello adquieren la fonación nasal.

5.6.6 Imitativos.

Todos aquellos son aprendidos, tales como: Gestos, ademanes, muecas, guiños, tic.

5.7 Factores que intensifican, minimizan, o modifican la acción del hábito según Fieramosca et al. (2007).

5.7.1 Duracion.

- **Infantil:** (hasta 2 años) Se encuentra dentro de lo establecido como normal de la conducta del impúber, de manera que, no presentará secuelas perjudiciales.

- **Preescolar:** (2 a 5 años) Establece que de ser eventual el hábito de succión no presentara resultados contraproducentes o dañinos referente a la dentición. Por otra parte, si el hábito persiste y se intensifica producirá mal posicionamiento en la dentición primaria. Es considerable tener en cuenta que, si el hábito desaparece antes de los 6 años, la anomalía obtenida puede ser reversible.
- **Escolar:** (6 a 12 años) Solicita de un estudio más riguroso del origen del hábito. Teniendo en cuenta que podría producir malas posiciones dentarias y deformaciones o alteraciones dento esqueléticas.

5.7.2 Frecuencia.

Por consiguiente, llegan a ser discontinuo (vespertino) o Continuos (noctívago). Fieramosca et al. (2007).

5.7.3 Intensidad.

- Limitada Intensidad: Aquella presenta baja actividad muscular principalmente en los buccinadores, por ejemplo, en el hábito de succión del dedo.
- Intensa: Se puede percatarse fácilmente debido que presenta la contracción del músculo buccinador.

Fieramosca et al. (2007).

5.8 Hábitos No Fisiológicos.

Es indispensable conocer que pertenecen a agentes etiológicos determinantes de mal oclusiones o alteraciones dento esqueléticas, los cuales son causantes de modificaciones en el crecimiento habitual de la cavidad bucal y ocasionan una inestabilidad en la musculatura oral y peri oral; esto causará una alteración ósea y ésta tendrá una notable o mínima consecuencia dependiendo de la edad en que comienza el hábito. Debido a esto, se afirma que, a menor edad

mayor es la destrucción debido a que el hueso tiene más cabida de moldearse por un hábito; Por el contrario, cuando éste es suprimido antes de los 3 años existirá solución esporádicamente. (Laboren M., et al. 2010, pp. 4-5).

5.9 Clasificación de los Hábitos orales según Josell. (Bosnjak A. et al. (2002).

5.9.1 Tipo nervioso: Se debe agregar que encabezan la lista el morder el labio o carrillo, morder objetos, el empuje con la lengua, onicofagia, cuando administra demasiada fuerza en los dientes empleando el dedo o un objeto.

5.9.2 Hábitos profesionales: personas que sujetan objetos en la boca, como; ciertos instrumentos de música.

5.9.3 Hábitos ocasionales: personas que acostumbran a usar cigarrillo o pipa, trituración de tabaco, cepillado inapropiado, succión digital de uno o varios dedos o de labio.

De acuerdo con Tanaka et al. (2008) encontró que el hábito con más frecuencia es succión digital, consecutivo la onicofagia, siguiente el morder el labio y empuje lingual según el Autor Olson (1929); mientras que para Josell (1995), el más repetido es onicofagia y masticar objetos.

Algo semejante ocurre en México, cuando realizaron un estudio en el 2009 descubrieron una incidencia de un 35% respecto al hábito de onicofagia, encabezando la lista del más frecuente, sucedido por la succión digital (8,5%) y succión labial (8%).

De manera que estos hábitos son considerados reanudaciones automáticas que llegan a exponerse en momentos de estrés, fracaso, cansancio o desgano.

Incluso pueden aparecer por poca o falta atención de los padres al niño, igualmente por nerviosismo o presión en el ambiente familiar, falta de madurez emocional entre otros. Fernández et al. (2009, pp. 30)

Montaldo et al. (2011, pp. 70). considera a ciertos hábitos bucales en particular a la succión digital, la respiración bucal, deglución atípica, y como obstaculizadores del desarrollo normal e inciden en la aparición de problemas ortopédicos y ortodróxicos. Estos originan:

- Protrusiones dentó alveolares
- Mordidas abiertas anteriores o laterales
- Inhibición en la erupción de uno o varios dientes.
- Protrusión dental

5.10 Succion digital

En relación con la succión digital, se lo considera como el acto que introduce varios dedos o simplemente uno (de preferencia el pulgar) dentro de la cavidad bucal, por otro lado, La American Dental Association afirma que, si succiona el pulgar hasta los 4 años de edad, el infante no causaría daño en el desarrollo normal de los dientes. No obstante, es de importancia suprimir este hábito, porque en caso de proseguir luego de la erupción de los dientes definitivos, puede originarse modificaciones en la oclusión estimulando a una distalización de la mandíbula o mordida abierta anterior producto de la fuerza en la que actúa el brazo y la mano. (Martínez, H., y Garza G., 2011, pp. 23).

La tenacidad del hábito se considera un signo de desasosiego e inconstancia en el niño. (Lugo. C., Toyo. I., 2011).

El producto de la succión digital depende también del número de dedos comprometidos, del posicionamiento con que se meten a la boca y del patrón morfo genético. (Lugo. C., Toyo. I., 2011).

5.10.1 Tipos de hábitos de succión Digital según (Fonseca et al. 2012, pp. 503)

1. **Succión del pulgar:** Es decir, radica en la introducción del dedo pulgar adentro de la cavidad bucal.
2. **Succión de varios dedos.** Es la introducción de otros dedos distintos al pulgar, dentro de la cavidad bucal. Estos son: medio y anular, índice y medio, sólo índice o varios dedos).

5.10.2 Consecuencias.

Las consecuencias de este hábito proceden de una colocación baja de la lengua debido a la hiperactividad de los músculos buccinadores que aprisionan el paladar la cual ya no ejerce fuerza hacia el paladar, del impulso que desempeña el dedo sobre el paladar y de la fuerza impasible del dedo hacia las arcadas dentarias.

Según el Autor (Lugo. C., Toyo. I., 2011) las consecuencias son:

1. Dimensión vertical aumentada
2. Mordida abierta anterior
3. Protrusión de los incisivos superiores
4. Prognatismo Alveolar Superior
5. Retro inclinación de los incisivos inferiores
6. Mordida cruzada posterior
7. Estrechamiento de la arcada superior

Hay que mencionar, además que las características de las facies que lucen estos pacientes debido a la hiper tonicidad y posición aventajada de los labios da como apariencia tener un perfil convexo, beneficiado por la protrusión dental. Al mismo tiempo que inicia el hábito, aparece la deformación de los dedos, infecciones de la piel que ocurren a nivel de uñas, problemas gastrointestinales y, dificultades del lenguaje como el “ceceo” (Morales, 2009).

5.10.3 Tratamiento de la succión digital.

1. Es necesario tener en cuenta que el principal reforzamiento diferenciador es cuando el niño se encuentra en pleno auge de succión y manifiesta una respuesta diferente, es decir, en ese momento se le alaga, gratifica con cosas que sean del agrado de él, como: (dejarle ver televisión apta para la edad, contarle cuentos, obsequiarle golosinas). (Morales, 2009).

2. Otra manera, para la prevención es obstaculizar el acto de succión por medio del empleo de guantes o manoplas, vendajes, tiritas en el dedo; además explicar, incentivar y persuadir al niño a dejar el hábito o por lo menos a disminuir la frecuencia, porque si persiste podría tener una mala dentición a futuro. (Morales, 2009) (Lugo. C., Toyo. I.,2011)

3. Existen también los procedimientos de antipatía, los cuales sirven aplicando estimulación negativa o fastidiosa cada vez que realiza el hábito, por ejemplo: colocar específicas sustancias químicas inofensivas de sabor desagradable en los dedos y a su vez, se refuerza la gratificación cuando el niño este todo el día o la noche sin succionarse el dedo. (Morales, 2009).

4. El método de aparatología removible o fija, que mejor usada para la eliminación del hábito es la placa Hawley con rejilla palatina, actúa interrumpiendo el feed-back sensorial al transformarse la succión repugnante, al mismo tiempo que le sirve de advertencia para abandonar el hábito. (Morales, 2009).

5.11 Deglución

Con respecto a la deglución normal se define al instante de ingerir, los labios cierran normalmente, los dientes contactan sin esfuerzo, la lengua descansa en la zona más posterior del paladar en relación con los incisivos superiores sin tener contacto y enseguida sucede la deglución (Quiñonez et al. 2006).

De acuerdo con (Laboren et al. 2010, pp. 5) se debe considerar que la principal función del sistema estomatognático es la trituración de alimentos, en segundo lugar, la deglución. A esto se define como al paso de la saliva y el bolo alimenticio desde la cavidad oral hacia el estómago.

La diferencia existente entre niños y adultos en la deglución es notable, no obstante, existen circunstancias en las que persiste problemas en la deglución infantil y prosiguen en edades maduras, por lo cual se conoce como deglución anormal o atípica, se la llama así por presentar una postura anómala de la lengua que sucede en dos momentos; primero al realizar la deglución, segundo, al permanecer en estado de reposo. En concreto se debe, a una poca maduración neural del aparato bucal (Luna, 2008; Zaldívar et al. 2010).

De manera análoga, con la erupción de los dientes permanentes fisiológicamente el borde más prominente o puntual de la lengua se posiciona en el paladar en la parte más anterior, yendo por la parte posterior de la cara lingual de los incisivos superiores. De manera que, si esto no sucede en la etapa adecuada, se perdurará la deglución infantil. Según algunos autores manifiestan como normal si hasta los tres años del niño se mantiene divididas las arcadas en el instante de la deglución, A causa de esto, se instaura mordidas abiertas, que llegan a ser anteriores o posteriores (Reyes et al. 2007; Alemán et al. 2007).

5.11.1 Deglución atípica

Con respecto a la deglución Atípica, se determina por la interrupción de la lengua entre los arcos dentales precisamente cuando se va a de deglutir, se lo conoce también como lengua protráctil. En este caso el individuo para deglutir realizara una especie de vacío que en unión con los movimientos normales de la lengua empuja el alimento directo a la faringe. (Lugo, C.; Toyo, I. 2011).

La deglución es una función altamente coordinada y compleja, que requiere la activación de muchas estructuras anatómicas relacionadas con la lengua. La insuficiente estimulación funcional del sistema estomatognático, especialmente la lengua, puede evolucionar como el principal factor ligado a la persistencia de patrones de deglución infantiles (Machado, A.J.; Crespo, A. N. 2012).

5.11.2 Etiología

Según (Laboren et al. 2010). menciona a la deglución atípica, que se ocasiona después de la aparición de los dientes anteriores perdura el patrón de deglución infantil. Teniendo en cuenta que la deglución atípica es una anomalía a causa de la existencia de una mordida abierta anterior.

5.11.3 Factores etiológicos

1. La nutrición sintética por vía del biberón.
2. Amígdalas inflamadas: Una perseverante amigdalitis produce que el niño cuando vaya a deglutir lleve la lengua hacia delante, adentro de la cavidad bucal, con el fin de que la lengua no haga contacto con las amígdalas y cause dolor.
3. Inestabilidad del sistema nervioso: a menudo se da en infantes, que presentan un trastorno neurológico, éstos no presentan dominio de la musculatura ni la armonización motora, como resultado, tampoco sustentan la simetría muscular mientras se encuentra en deglución.
4. Macroglosia: Son limitadas y generalmente ocurren en pacientes que presentan cretinismo.
5. Pérdida prematura de los dientes anteriores deciduos y existencia de un diastema inter incisal de gran amplitud, logran que el niño lleve la lengua a estos espacios, consiguiendo así el hábito de la deglución atípica.

6. Factores habituales como hábito de succión digital, la respiración bucal, entre otros. Vale recalcar que existen estadios de transición entre una y otra dentición, en los que a causa de la pérdida de los incisivos se crea un espacio, el cual permite eventualmente la interposición lingual. Éste tiene una durabilidad muy corta, y no ocasiona efectos contraproducentes al igual que no es necesario tratamiento.

De acuerdo con (Urrieta et al. 2008). Su particularidad va a ser por la disminución labial en el instante de la deglución, además por la mordida abierta anterior, que usualmente se asocia a esta anomalía. La deglución atípica se manifiesta con interposición lingual y labial:

a. **Deglución atípica con interposición labial:** Se encuentran los labios ligeramente separados, como en reposo, la musculatura del labio inferior como interpuesta tanto en incisivos superiores como inferiores, además los músculos del labio superior están hipertónicos, los incisivos superiores están hacia vestibular, con relieve y sobre mordida recalcados, y mala oclusión de clase II e incisivos inferiores presentan un declive lingual. (Urrieta et al. 2008).

b. **Deglución atípica con interposición lingual:**

Simple: existe contracción de los labios, dientes en oclusión, músculos mentonianos y elevadores de la mandíbula; al mismo tiempo la lengua está protruida cuando se encuentra en mordida abierta; frecuentemente en niños respiradores nasales que tienen el hábito de succión digital; presentan un conveniente ajuste oclusal y útil intercuspidadación, a pesar de que tengan la maloclusión (Urrieta et al. 2008; Sano, 2004).

Compleja: Presenta contracción en músculos mentonianos y fáciles, así como en los labios; sin embargo, no presenta contracción en los músculos elevadores de la mandíbula. Además, presenta deglución con los dientes separados e interrupción de la lengua en medio de los dientes; la mordida abierta en ciertos momentos no tiene mordida

abierta; pero si presenta inconsistencia en la intercuspidad; y en su mayoría los respiradores bucales tienen antecedentes de enfermedad respiratoria crónica o alergias (Urrieta et al. 2008; Sano, 2004).

5.11.4 Consecuencias adyacentes de la Deglución Atípica

La deglución atípica según como Angle clasifica es de acuerdo con Vera et al. 2004.

5.11.4.1 Consecuencias en pacientes de Clase II

- Labio superior Hipotónico
- Proyección para labial de piezas 1-2-3-4 superiores.
- Interposición labial
- Proyección para labial de piezas 1-2-3-4 inferiores.

5.11.4.2 Consecuencias en pacientes de Clase III:

- Labio inferior hipotónico y hacia adelante
- Labio superior hipertónico.
- Lengua desbordándose de la boca.

5.11.5 Tratamiento

De acuerdo con Vera et al. 2004 es de vital importancia que se debe tener un buen diagnóstico por lo tanto el médico debe realizar un examen de psicomotricidad y de desarrollo intelectual el cual implica el de comportamiento respiratorio, discriminación de sonidos, fonemas, palabras, y pronunciación. El tratamiento como tal, radica en la terapia miofuncional, llegando a forjar un vínculo de carácter anatómico y funcional entre odontólogo y terapeuta de lenguaje. En el aspecto anatómico, la articulación y la función masticatoria intervienen iguales elementos anatómicos: velo del paladar dientes, lengua,

labios, faringe. Mientras que la relación de aspecto funcional desempeñara según las necesidades de protección y supervisión.

5.12 Respiración bucal

Se la considera normal cuando el aire ingresa sin dificultad por las fosas nasales, y presenta un cese sincrónico con la cavidad bucal, llegando a formar, una presión adversa entre el paladar duro y lengua en el instante de la inspiración, la lengua asciende y se dispara hacia el paladar, lo que produce un estímulo efectivo (Gonzales et al. 2012).

Al contrario de la normalidad, la respiración bucal ocasiona que durante la inspiración y expiración, el aire ingrese por la cavidad bucal, y como efecto de ello, origina un incremento de la presión aérea intrabucal. El paladar se moldea y se penetra, y en el mismo instante, dado que el aire no recorre por la cavidad nasal, y no va a ingresar en los senos maxilares que se tornaran estrechos, dando un aspecto característico al paciente de tener cara larga. (Gonzales et al. 2012; Rodríguez et al. 2007).

5.12.1 Características

Según Laboren et al (2010) el hábito de respiración bucal, y el impedimento de la respiración normal, se asocian a alteraciones dentarias, esqueléticas y faciales, la cual se denomina Síndrome de la Cara Larga, tales como:

- a) Depresión malar
- b) Ojeras
- c) Cara larga
- d) Tercio inferior incrementado
- e) sequedad e impericia labial
- f) Mordida abierta anterior
- g) Aletargamiento del maxilar superior.

- h) Aumento de la base de la nariz
- i) Gingivitis
- j) Paladar ojival ya sea en forma de V o U,
- k) Mordida cruzada posterior
- l) Maxilar superior protruido.
- m) Retrusión maxilar
- n) Vestibularización de los incisivos superiores
- o) Lengua en posición atípica,
- p) Predisposición a una pronunciación deficiente
- q) Carencia de neumatización de los senos maxilares.
- r) Alteración de la posición normal de la cabeza.

5.12.2 Mal oclusiones frecuentes originadas por la respiración bucal según laboren et al. (2010).

5.12.2.1 Alteraciones del Plano Sagital:

- Clase II división 1
- Clase III

5.12.2.2 Alteraciones del Plano Transversal.

Mordida Cruzada Posterior

5.12.2.3 Alteraciones del Plano Vertical.

- Extrusión de piezas dentarias
- Patrones dolicofaciales
- Mordida Abierta Anterior
- Altura facial inferior aumentada

5.12.3 Consecuencias

De acuerdo con (Urrieta et al. 2008) menciona que aquellos pacientes con respiración bucal que no presenten el cierre labial normal podrían relacionarse a hipertrofia idiopática de cornetes en un 12%; obstrucción de las vías aéreas superiores, desviación del septum nasal (19%); y amígdalas palatinas en un 39%, así como hipertrofias de las adenoides y tener rinitis alérgica-34%-; tumores, pólipos, hábitos obtenidos, entre otros.

De modo que, sostienen la lengua en un posicionamiento inferior y anterior para consentir el paso de aire, por lo cual tienen poco desarrollo maxilar, presentan mordidas cruzadas posteriores uní o bilateral paladar profundo, los incisivos superiores en protrusión con o sin apiñamientos, y mayormente presentan encías hipertróficas que suelen tener sangrado por la escasa hidratación de la saliva, así como mordida abierta y deglución atípica.

Evidentemente se hace manifiesto, la hipo tonicidad del labio superior, el cual es corto e incompetente, mientras que el labio inferior será invertido y voluminoso existirá decaimiento de la musculatura facial, labio inferior tendrá hiperactividad en la musculatura y del mentón, aumento del tercio inferior de la cara, mentón retrognático y el característico rostro alargado y angosto, ojeras, nariz pequeña, ojos caídos, narinas pequeñas las cuales estarán orientadas hacia el frente, labios entre abiertos y resecos, En su mayoría, la postura es encorvada con los hombros hacia adelante (Parra, 2004; Quiroz, 2003; Sano, 2004).

5.12.4 Tratamiento

Indiscutiblemente el tratamiento de la respiración bucal solicita corregir su causa primaria y además examinar a fondo sus consecuencias tanto locales como generales (Laboren et al. 2010).

- a. Eliminación quirúrgica de amígdalas y tejido adenoideo
- b. Tratamiento fonoaudiológico

- c. Tratamiento ortopédico y ortodóntico
- d. Medicación en caso de asma, rinitis alérgica, procesos de inoculación, entre otros.

Fieramosca et al. 2007 refiere que es indispensable incitar al paciente a realizar diariamente ejercicios de respiración profunda por medio de la nariz para aumentar su perdurabilidad y así tratar de conseguir que pueda respirar media hora sin parar por la vía natural, de tal manera que se tonificaran los músculos que están a cargo de la respiración.

Así como el uso de aparatos ortodónticos, que sirve para coaccionar la respiración nasal, específicamente cuando el niño descansa y puede respirar por la boca involuntariamente; Los aparatos a utilizar son conocidos como Trainer, aquellos que tienen flancos altos que sirven para no permitir el recorrido del aire por la boca en ese instante. Es considerable conocer que el aparato corrige dificultades que tienen relación con la oclusión y proporciona la activación muscular que necesita. (Simoes, 2015)

Existe también otra opción: Terapia Miofuncional Oro facial, en la cual la rehabilitación de la musculatura será por medio de adiestramiento funcional, lo que fortalecerá los músculos peri bucales y de esta manera los labios permanecerán juntos, como sosteniendo un trozo de tela o sostener un sorbete de diámetro pequeño (Simoes,2015)

5.13 Onicofagia

En cuanto a la onicofagia, podemos determinar que es un hábito el cual se satisface al comerse o mordisquear las uñas con los dientes; puede ser de manera consciente o inconsciente. De tal manera, es muy usual en niños en edad escolar y no existe preferencia de sexo. (Laboren et al. 2010).

5.13.1 Etiología

Con respecto al primer punto, la onicofagia es la consecuencia de la reincidencia de una expresión no anhelada que por su constancia al ser realizada llega a instalarse y convertirse en propio. Por lo tanto, es un acto obtenido debido a la repetición, experiencia, proveniente de patrones neuromusculares complejos, los cuales producen un efecto en el sistema masticatorio. Con esto quiero decir que, los hábitos nocivos son realizados de manera regular y automáticamente, sobre los cuáles la persona presenta escaso control voluntario (Ojeda et al. 2014).

Se debe agregar que, es un hábito que se vuelve adictivo una adquirido desde infante y en otras ocasiones es sintomática, debido a una afección neuropática, de igual modo se lo relaciona de cierta manera con la inconsistencia psicomotora, la cual va acompañada con leve grado de tensión e intranquilidad, y se considera a aquellos niños como complicados o nerviosos.

5.13.2 Características

Existen personas que expresan el hábito mayormente y son aquellas que se presentan hiperactivas, autoritarias, y revelan de manera discreta sus sentimientos, viviendo en estado de tensión e intranquilidad. Este hábito podría ser para liberar energía excedente y con frecuencia muerden en el mismo sitio, debido a esto producen mal oclusiones localizadas, es notable la alteración en la estética de los dientes y mal posición dental a causa de la abrasión, erosión. La identificación se torna sencilla al momento de examinar los dedos, ya que resalta el desgaste de las uñas. (Laboren et al. 2010; Miranda et al 2003).

Según Tanaka et al. 2008, pp. 134; Birch L. (1955) los pacientes con un porcentaje mayor que presentan este mal hábito son niños y adultos jóvenes, pero un estudio demostró que en las niñas prevalece más.

Un estudio realizado por J. Pinkham et al. (2005) refirió la frecuencia de onicofagia según la edad, tanto en niños de 5 y 11 años, con un total de 341 pacientes; y se concluyó que la onicofagia incrementa en el periodo de dentición mixta en niños desde los 6 y 11 años, y que luego va disminuyendo. En fin, la prevalencia incrementa de un 14.2% hasta un 43.9% a los 11 años. (Tanaka et al. 2008).

En consecuencia, puede llegar a ser un problema de oclusión dental de los dientes anteriores y destrucción de estructuras dentales.

5.13.3 Tratamiento

Es necesario educar al niño, hablar con palabras que él puede entender y sobre todo motivar no regañar ni escarmentar. Algunos niños dejan el hábito sin problema, en cambio otros dejan de hacerlo debido a que quieren mejorar el aspecto de sus uñas. Desde otro punto de vista, cuando existan situaciones más comprometidas, donde es casi imposible dejar dicho hábito, se debe empezar por eliminar los factores que lo provocan, por ejemplo: las preocupaciones, dar más tolerancia, ser más afectuoso o tratar de cambiar el estilo de vida. De igual modo, es indispensable que se tomen medidas correctivas como puede ser el uso de pintura uñas en niñas, curitas o guantes para opacar la necesidad de hábito; se recomienda realizar actividades físicas o algo que sea atrayente y que le permita estar distraído y relajado. (Mercado et al. 2017).

6 RESULTADOS

Antecedentes personales:

En primer lugar, se puede observar que en la escuela 6 de diciembre el 37% de niños tienen 7 años, el 20% 8 años, el 23% 9 años y finalmente el 18% tienen 10 años: mientras que en la escuela Gran Bretaña el 28% de niños tienen 7 años, el 36% 8 años, el 26% 9 años y finalmente el 14% tienen 10 años

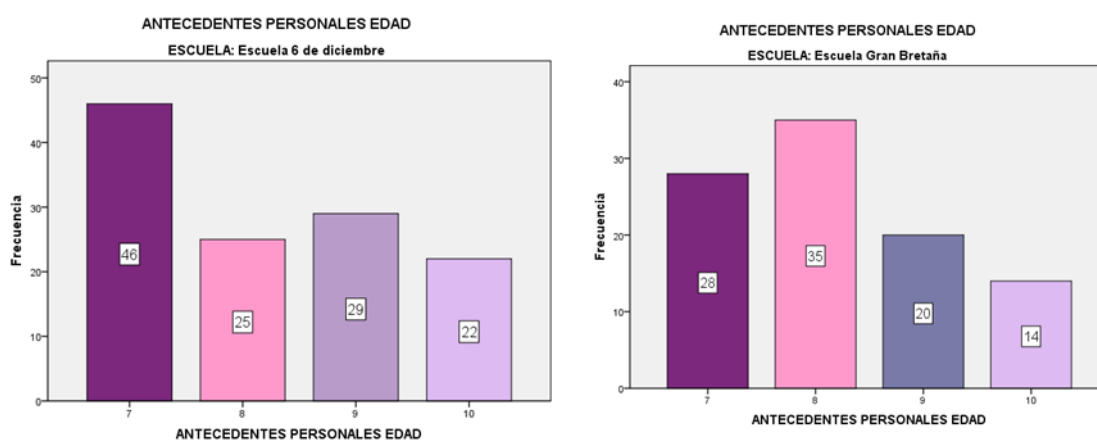


Figura 9. Comparación de Edad en dos escuelas.

Con respecto al género, se puede observar que para la escuela 6 de diciembre el 53% de encuestados son niñas y el 46% niños; mientras que para la escuela Gran Bretaña el 55% son niños y el 44% niñas.

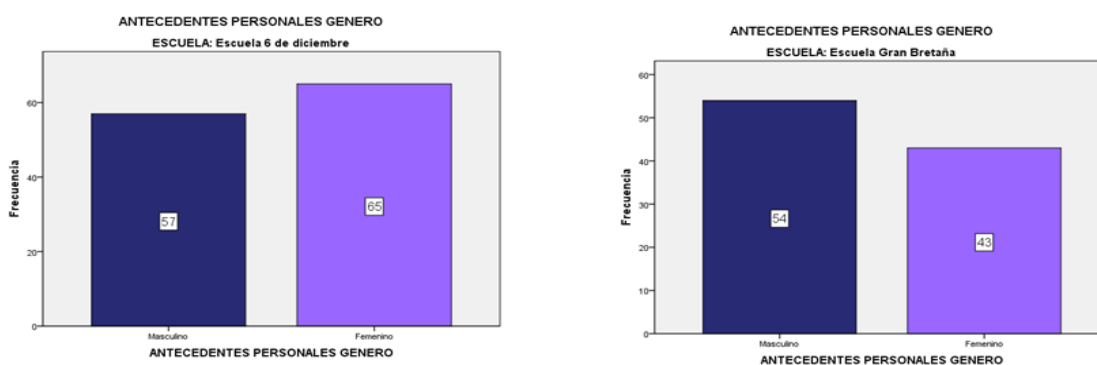


Figura 10. Comparación en Género entre dos escuelas.

Cuando se investigó sobre los hábitos de los niños, se obtuvo que en ambas escuelas la mayoría de los niños; 52% para escuela 6 de diciembre y 51% para escuela Gran Bretaña; tienen hábitos.

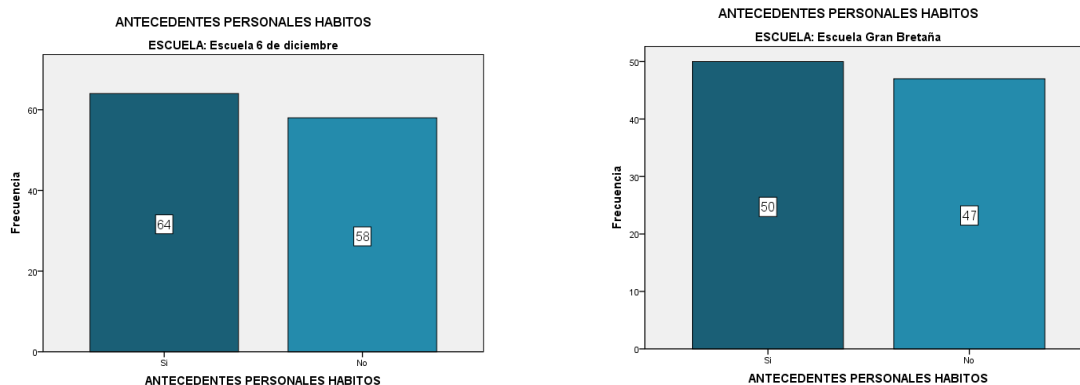


Figura 11. Comparación de Hábitos entre dos escuelas.

Dentro de la escuela 6 de diciembre se obtuvo que el 74% de los niños no presenta succión, un 4% presenta succión digital, el 2% presenta succión del dedo índice y finalmente el 18% presentó succión labial; mientras que en la escuela Gran Bretaña se obtuvo que el 64% de los niños no presenta succión, un 3% presenta succión digital, el 8% presenta succión del dedo índice y finalmente el 23% presentó succión labial.

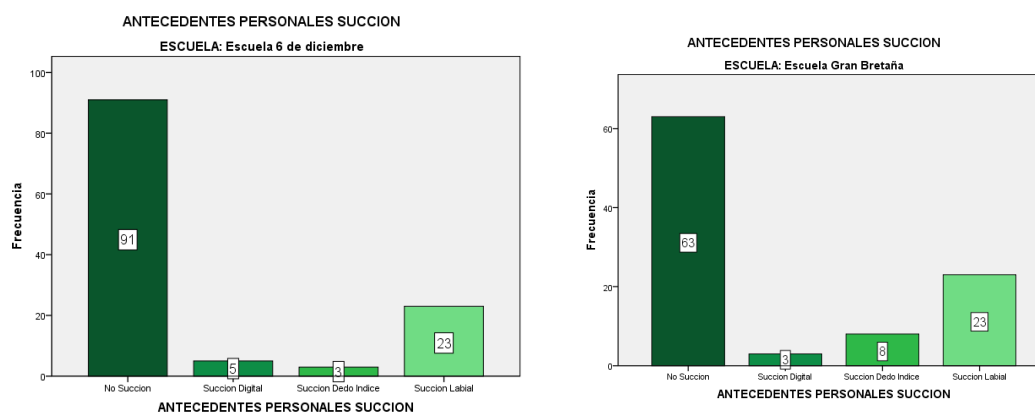


Figura 12. Comparación de succión entre dos escuelas.

Dentro de la escuela 6 de diciembre se pudo observar que el 73% de los niños no tienen el hábito de morder ni objetos ni sus uñas, el 3% de los niños muerden objetos y el 22% de niños tiene el hábito de morderse las uñas; mientras que en la escuela Gran Bretaña se obtuvo que el 73% de los niños no tienen el hábito de morder ni objetos ni sus uñas, el 4% de los niños muerden objetos y el 22% de niños tiene el hábito de morderse las uñas.

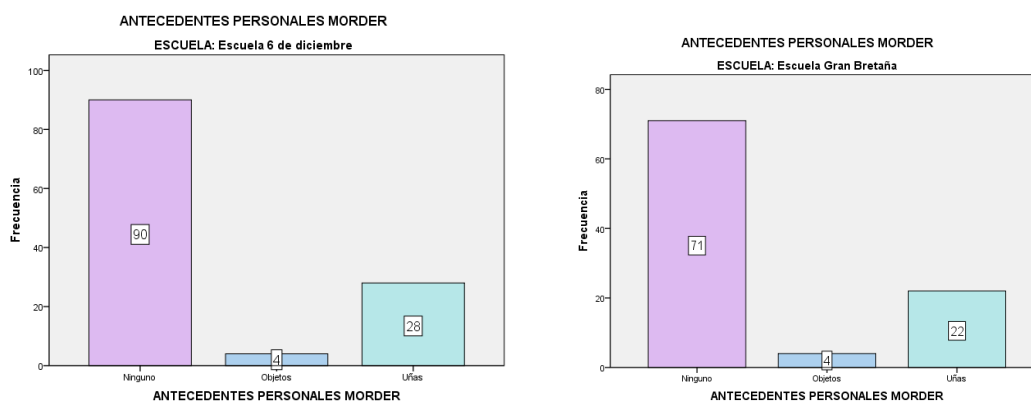


Figura 13. Comparación de Morder entre dos escuelas.

En la escuela 6 de diciembre se pudo observar que el 96% de los niños no presentó interposición lingual frente al 3% que si presentó esta condición; mientras que en el colegio Gran Bretaña, el 98% no presentó interposición lingual, frente al 1% que sí.

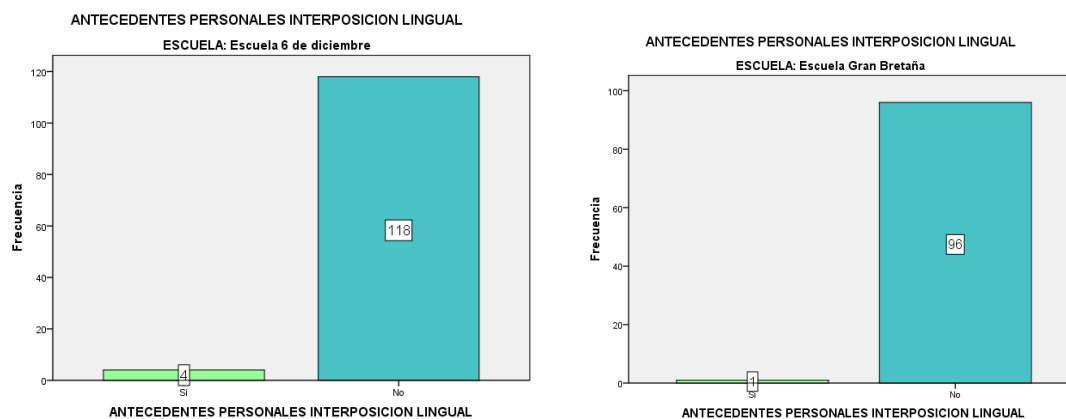


Figura 14. Comparación en interposición lingual entre dos escuelas.

Dentro de la escuela 6 de diciembre se pudo observar que el 79% de niños no presentó respiración bucal frente al 20% que si presentó esta condición; mientras que en la escuela Gran Bretaña se pudo observar que el 94% de niños presentó respiración bucal, frente al 5% que no presentó esta condición.

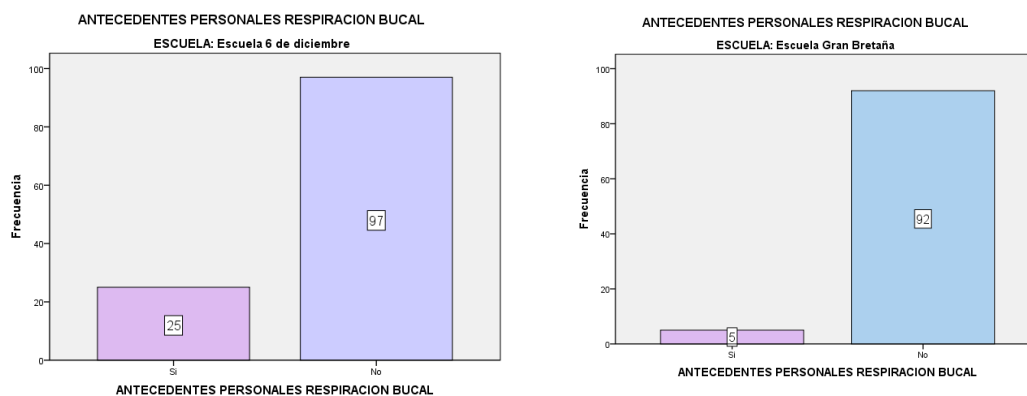


Figura 15. Comparación en respiración bucal entre dos escuelas.

Examen extra oral:

Cuando se realizó el examen extra oral, en primer lugar, se observó que dentro de la escuela 6 de diciembre el 75% de los niños tenían los dedos limpios, frente a un 24% que los tenían con callosidades; mientras que para la escuela Gran Bretaña se pudo observar que el 72% de los niños tenían los dedos limpios, frente a un 24% que los tenían con callosidades.

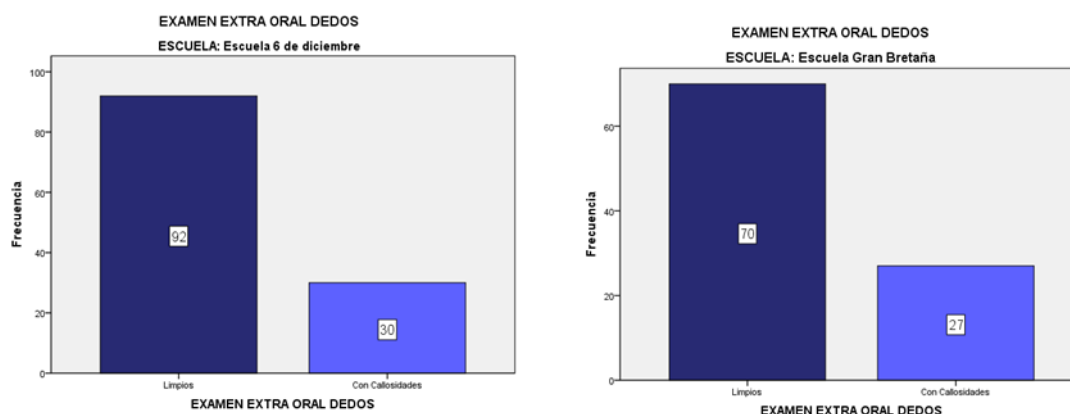


Figura 16. Comparación del examen extra oral en dedos entre dos escuelas.

En segundo lugar, se examinó el labio superior y se obtuvo que en la escuela 6 de diciembre el 82% de los niños tienen labio superior normal, frente al 17% que tenían un labio superior corto; mientras que en el Colegio Gran Bretaña fue

más frecuente que los niños tengan labios normales, con el 94% de prevalencia, frente al 5% que presentaron labios superiores cortos.

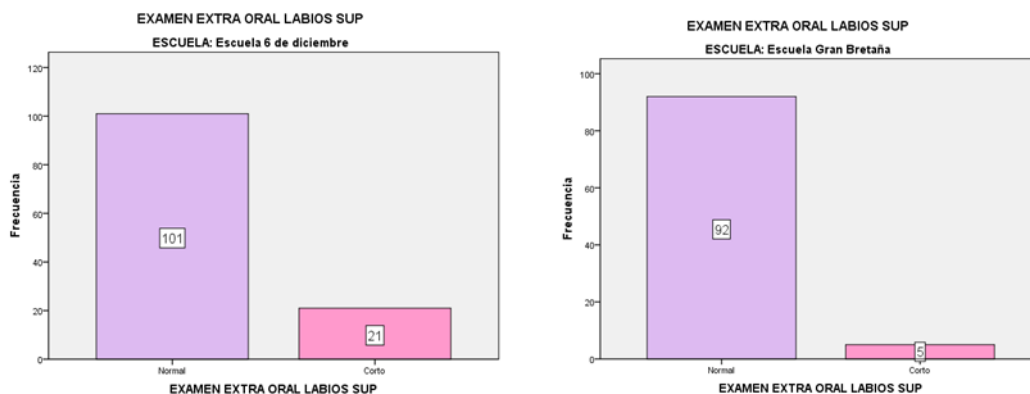


Figura 17. Comparación en examen intra oral de labio superior entre dos escuelas.

En tercer lugar, se examinó el cierre labial, donde se pudo observar que dentro de la escuela 6 de diciembre el 77% de niños presentaron un cierre labial normal, frente al 22% que presentaron un cierre labial alterado; mientras que en la escuela Gran Bretaña el 91% de niños presentaron un cierre labial normal, frente al 8% que presentaron un cierre labial alterado.

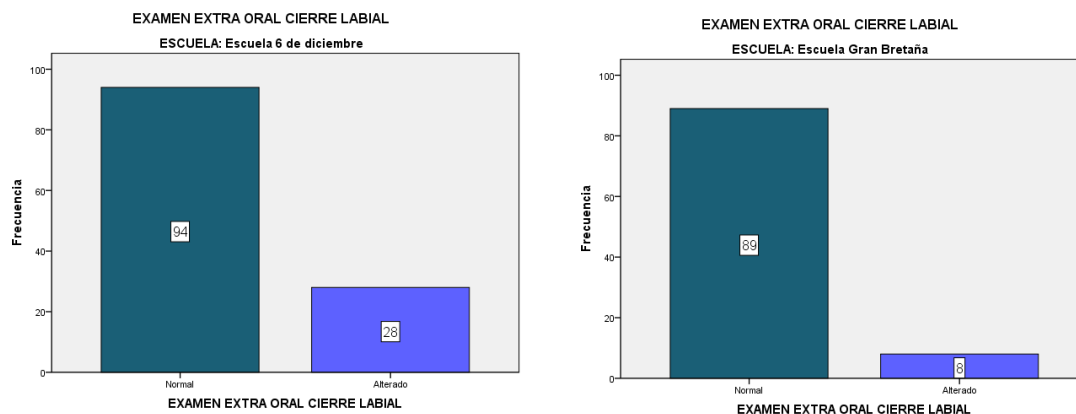


Figura 18. Comparación de cierre labial entre dos escuelas.

En cuarto lugar, se examinó el labio inferior y se obtuvo que en la escuela 6 de diciembre el 69% de los niños tienen labio inferior normal, frente al 30% que tenían un labio inferior grueso y revertido; mientras que en el Colegio Gran

Bretaña fue más frecuente que los niños tengan labios normales, con el 74% de prevalencia, frente al 25% que presentaron labios superiores gruesos y revertidos.

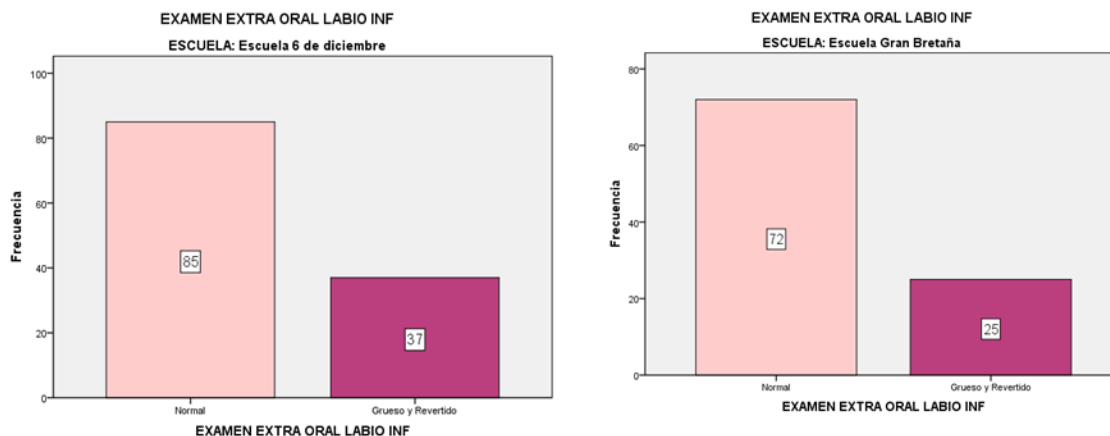


Figura 19. Comparación en examen extra oral de labio inferior entre dos escuelas.

En quinto lugar, se realizó un análisis de las aletas nasales, y se pudo observar que en la escuela 6 de diciembre el 87% de niños tienen las aletas nasales redondeadas, frente al 12% que las tienen aplanadas; mientras que en la escuela Gran Bretaña se pudo observar que el 95% de niños tienen las aletas nasales redondeadas, frente al 4% que las tienen aplanadas.

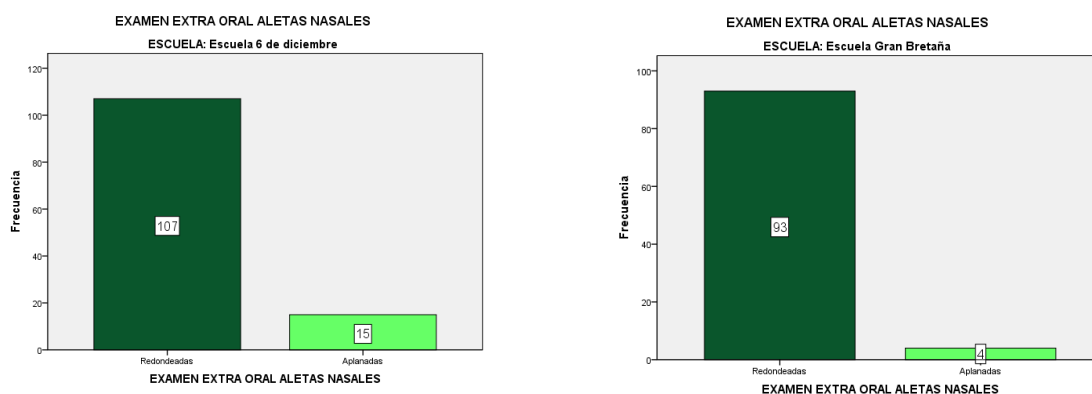


Figura 20. Comparación de aletas nasales entre dos escuelas.

Finalmente se examinó la respiración con los labios cerrados, y para la escuela 6 de diciembre se obtuvo que el 79% de niños presentó una respiración normal, frente al 20% de niños que presentaron una respiración acelerada o insuficiente; mientras que en la escuela Gran Bretaña se pudo observar que el

94% presentaron una respiración normal, frente al 5% de niños que presentaron una respiración acelerada o insuficiente.

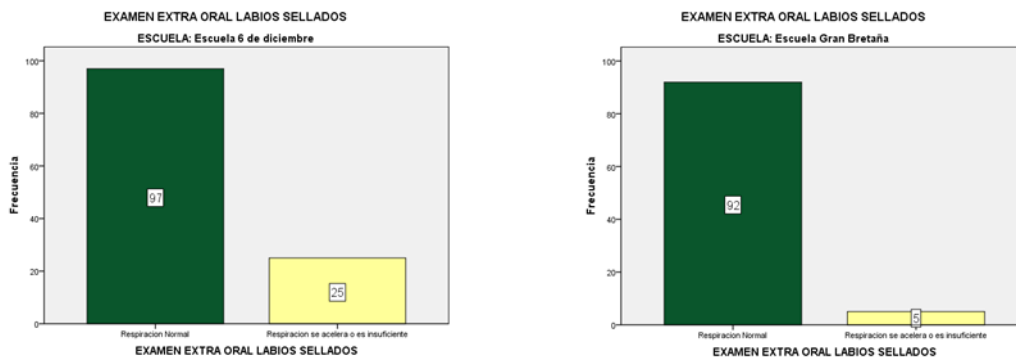


Figura 21. Comparación de labios sellados entre dos escuelas.

Examen intra oral:

Cuando se realizó el examen intra oral, en primer lugar, se pudo encontrar que en la escuela 6 de diciembre el 95% de niños presentó una lengua normal para deglución, frente al 4% de niños que presentó una lengua interpuesta para deglución; mientras que en la escuela Gran Bretaña el 100% de los niños presentaron una lengua normal para deglución.

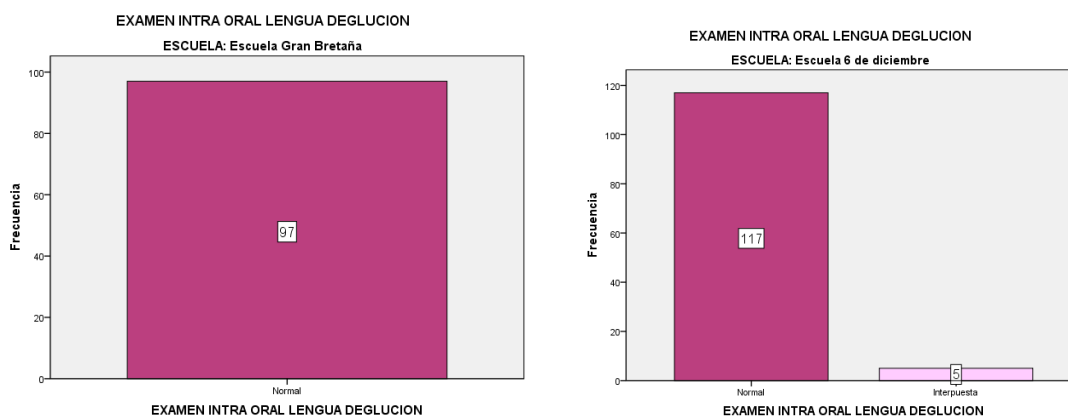


Figura 22. Comparación de lengua en deglución entre dos escuelas.

En segundo lugar, se examinó a la lengua cuando está en reposo y en la escuela 6 de diciembre se obtuvo que el 97% de los niños presentaron una condición normal, frente al 2 % que presentaron una lengua interpuesta;

mientras que para la escuela Gran Bretaña el 98% de los niños presentaron una condición normal, frente al 1% que presentaron una lengua interpuesta.

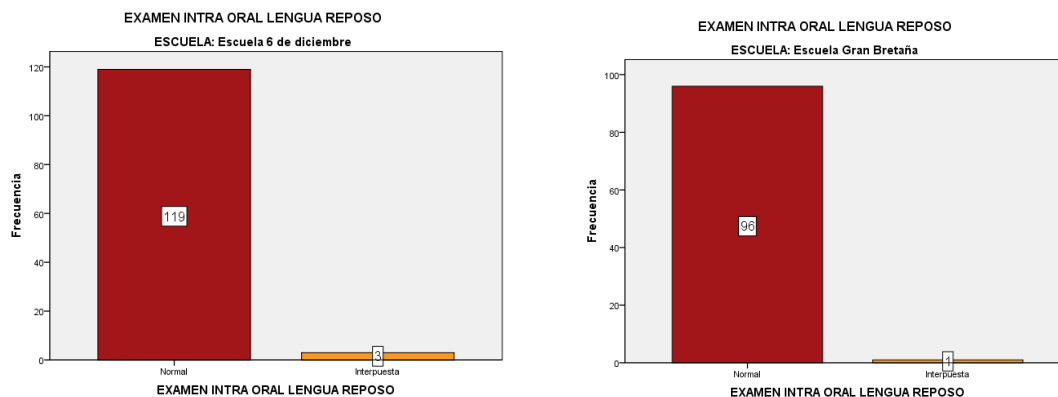


Figura 23. Comparación de lengua en reposo entre dos escuelas.

En tercer lugar, se estudió la lengua de los niños para la fonación y se obtuvo que en la escuela 6 de diciembre el 95% de niños tienen la lengua en una condición normal, frente al 4% de niños que la presentaron interpuesta; mientras que en la escuela Gran Bretaña el 98% de niños tienen la lengua en una condición normal, frente al 1% de niños que la presentaron interpuesta.

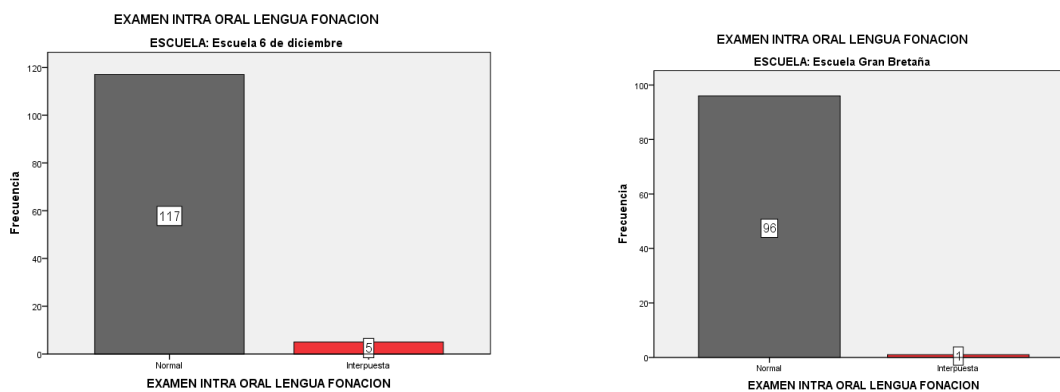


Figura 24. Comparación de lengua en fonación entre dos escuelas.

En cuarto lugar, se estudió la relación molar y se obtuvo que en la escuela 6 de diciembre el 68% de niños presentaron una relación de plano terminal recto, el 15% presentaron una relación de escalón mesial y finalmente el 16%

presentaron una relación de escalón distal; mientras que en la escuela Gran Bretaña el 72% de niños presentaron una relación de plano terminal recto, el 23% presentaron una relación de escalón mesial y finalmente el 4% presentaron una relación de escalón distal

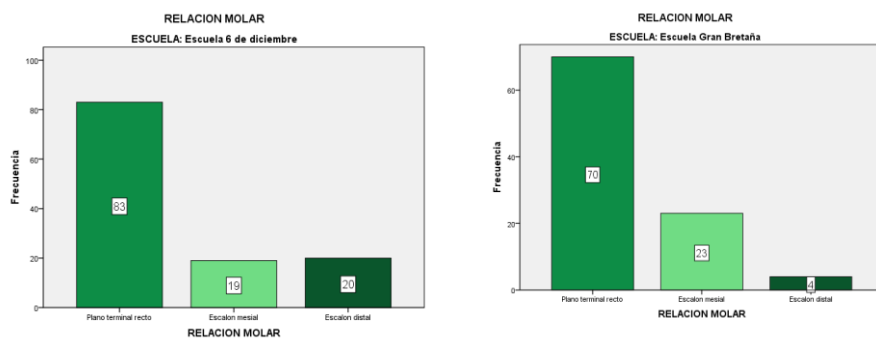


Figura 25. Comparación de Relación molar entre dos escuelas.

En quinto lugar, se examinó el sentido transversal de la mordida en los niños, obteniendo como resultados en la escuela 6 de diciembre que el 83% de los niños tienen una condición normal, el 9% presentó mordida cruzada y el 7% presentó una mordida abierta; mientras que en la escuela Gran Bretaña el 84% de los niños tienen una condición normal, el 7% presentó mordida cruzada y el 8% presentó una mordida abierta.

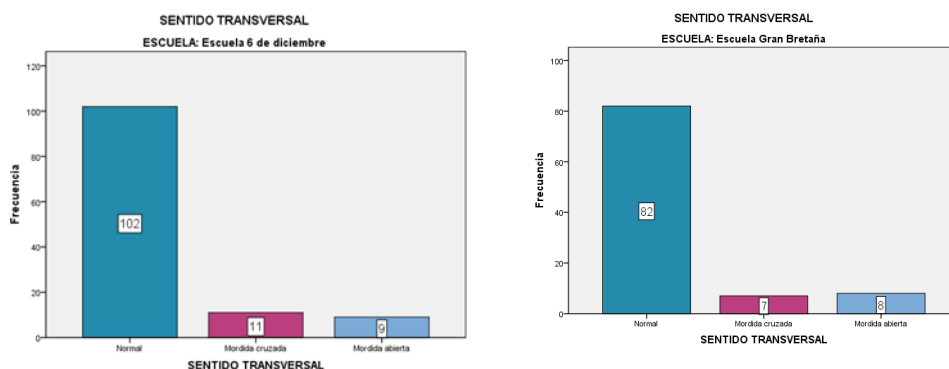


Figura 26. Comparación del sentido transversal entre dos escuelas.

En sexto lugar se examinó la sobre mordida horizontal en los niños, obteniendo como resultados en la escuela 6 de diciembre que el 43% de los niños tienen

una condición normal, el 50% presentó mordida aumentada y el 5% presentó una mordida cruzada anterior; mientras que en la escuela Gran Bretaña 37% de los niños tienen una condición normal, el 50% presentó mordida aumentada y el 12% presentó una mordida cruzada anterior.

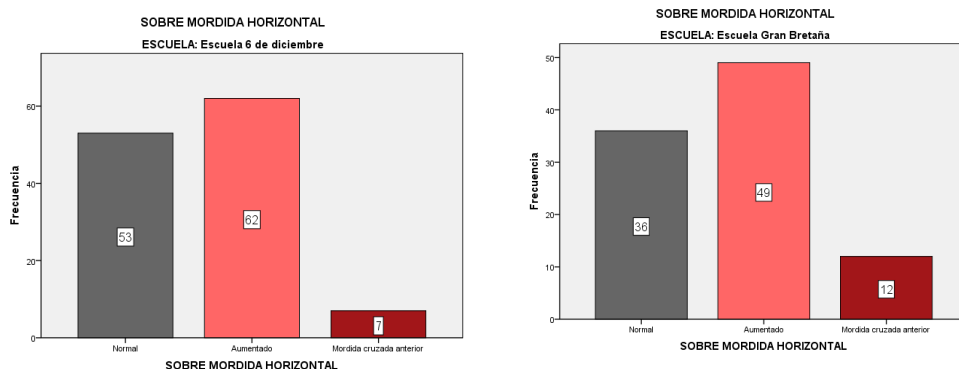


Figura 27. Comparación del sentido horizontal entre dos escuelas.

Finalmente se estudió la sobre mordida vertical y se obtuvo que en la escuela 6 de diciembre el 44% de los niños presentó una condición normal, el 41% presentó una sobre mordida aumentada y un 13% presentó una mordida abierta anterior; mientras que en la escuela Gran Bretaña el 43% de los niños presentó una condición normal, el 52% presentó una sobre mordida aumentada y un 4% presentó una mordida abierta anterior

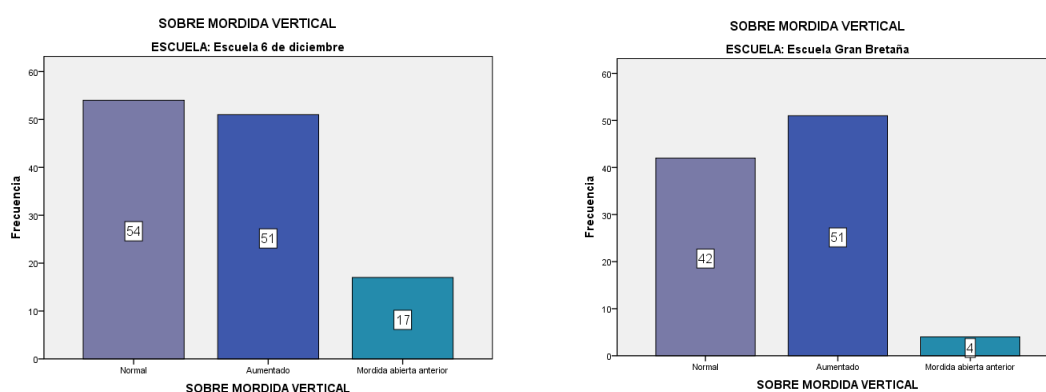


Figura 28. Comparación de la sobre mordida vertical entre dos escuelas.

7 DISCUSIÓN.

Los hábitos orales son actuaciones que pueden tener una etiología normal en un determinado momento de la vida, pero si este persiste en el tiempo puede acarrear al progreso de una maloclusión.

Según los resultados de esta investigación, al evaluar un universo de 219 niños entre género masculino y femenino que oscilan entre las edades de 7 a 10 años, el hábito más común es succión labial, en la Unidad educativa Gran Bretaña, seguido de onicofagia que presenta un porcentaje igual en las dos escuelas, luego respiración bucal y por último Deglución Atípica las cuales predomina en la Unidad educativa 6 de diciembre.

Según la información que proporcionó Olson (1929), establece que el hábito más común es la succión digital, le consecutivo la onicofagia, subsiguiente el morder el labio y al final el empuje lingual; Mientras que el autor Josell (1995), refiere que el más reiterado esta en primer lugar la onicofagia y segundo morder objetos. En las dos investigaciones indicadas el hábito de onicofagia prevalece, al igual que en este estudio, manteniendo un lugar primordial en la categorización.

Mientras Gavish (2000) confirma que son más habituales el mascar hielo, chicle y morder objetos. Mientras que Bosnjak en el 2002 determino que el hábito más reiterado fue en primer lugar la onicofagia u morder objetos, seguido de succión digital, y en menor grado el empuje lingual y mordisquear los labios o carrillos; que a diferencia de este estudio el hábito de succión digital, dedo índice y morder objetos no tiene tanta relevancia.

Como mencione anteriormente, en México se realizó un estudio en el 2009 y descubrieron que un 35% tiene relación con el hábito de onicofagia, encabezando la lista del más frecuente, sucedido por la succión digital (8,5%) y succión labial (8%).

Un estudio realizado en la ciudad de Cali con pacientes en edades que oscilan entre los 3 y 14 años declara que, de 1662 niños evaluados, el 17,7% presentaron algún hábito bucal en el cual el más frecuente fue la respiración oral con 104 pacientes, a diferencia dicho hábito fue más frecuente en hombres que mujeres (contrario a los resultados de este trabajo), mientras que, en segundo orden según su reiteración el hábito fue, la succión con 73 menores, el cual en el presente estudio ocupa el primer lugar la succión labial.

Un estudio de Acevedo en el 2011, indico que los hábitos bucales perjudican más a los niños de 10 años en un 84.2%. En comparación con este estudio, los hábitos nocivos se manifiestan en mayor porcentaje en niños de 7y 8 años, y en menor porcentaje niños de 9 años seguidos de los de 10 años.

De igual manera, la succión labial, la respiración bucal, y la deglución se presentan con mayor constancia y se asocia a mordida abierta y prevalencia de la mal oclusión clase II. Mientras que el hábito de onicofagia se asocia a tener clase I, II y sobre mordida aumentada vertical.

8 CONCLUSIÓN

En conclusión, el hábito más frecuente es la succión labial, seguido de onicofagia; mientras que la mal oclusión más habitual fue el plano terminal recto. La mal oclusión en dientes anteriores si tiene relación con los hábitos bucales, la sobre mordida horizontal aumentada y sobre mordida vertical reducida o mordida abierta anterior se vinculan con el hábito de respiración bucal, interposición lingual y succión.

Los hábitos bucales que inician a temprana edad presentan anomalías en la oclusión anterior, por lo tanto, la frecuencia e intensidad que tenga el hábito son determinantes para ocasionar mal oclusiones posteriores.

Se estableció que en las Escuelas 6 de Diciembre y Gran Bretaña el hábito bucal que influyó con mayor porcentaje en la malo oclusión clase I, fue la onicofagia, mientras que la oclusión clase II, se relaciona más a niños con succión digital. Sin embargo, la oclusión clase III se relaciona con respiradores bucales.

Los factores sociales, económicos, religiosos y culturales son determinantes para el desarrollo del niño(a), debido a que cada uno se encuentra influenciado por el entorno social al que pertenece.

Los niños de las escuelas 6 de Diciembre y Gran Bretaña pertenecen a un grupo social de nivel económico bajo y medio; provocando una falta de higiene oral, la cual tiene relevancia con la perdida de piezas dentales prematuras. Un dato importante es que los estudiantes si conocían las técnicas de cepillado oral pero no ponían en práctica.

También es relevante destacar que por ser un país que recibe inmigrantes, existe un porcentaje mínimo de niños en mencionadas escuelas, los cuales por su situación migratoria se encuentra alterados factores psicológicos provocando un nivel de estrés y se ve reflejado en ciertos hábitos que adquieren como onicofagia, bruxismo, succión digital, succión de objetos.

9 RECOMENDACIONES.

Es de suma importancia poder prevenir estos hábitos, ya que el avance de éstos puede desencadenar en el futuro del niño una serie de mal oclusiones; el primer paso para la prevención es la identificación donde el padre o tutor es la persona idónea para darse cuenta de que el niño(a) adquirió un hábito y así poder corregirlo desde temprana edad antes de que sea nocivo.

Es indispensable el protagonismo del odontólogo, el cual tiene que identificar en la consulta ciertos signos que son claves para determinar si es o no un hábito nocivo el causante y poder tratarlos de forma inmediata.

Debido a esto, un profesional de la salud debe estar siempre presente en escuelas, colegios; educando y tratando porque no es suficiente las visitas al Odontólogo periódicas o cuando existe malestar, además el refuerzo se lo hace desde escuela prestando atención de calidad para así poder prevenir, diagnosticar y tratar problemas de la salud oral.

Lo más importante para tener un tratamiento eficaz, es trabajar con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que incluyan odontólogos, ortodontistas, pediatras, psicólogos y otorrinolaringólogos, debido a que las mal oclusiones asociadas a hábitos bucales nocivos pueden ser de diversas causas como etiológicas y multifactoriales.

REFERENCIAS

- Aguilar. M.; Villaizá. C.; Nieto, I. (2009). Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de mal oclusión en población escolar. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica*.
- Angus C. Cameron. (2012). *Manual de Odontología Pediátrica*. Barcelona España. Elsevier.
- Angle E. Classification of malocclusion. The Dental Cosmos. 1899. Vol 41: 248-264. Oclusión Normal Según Angle. Ilustración 1 tomada de: <https://image.slidesharecdn.com/diagnosticoi-150315101613-conversion-gate01/95/diagnostico-en-ortodoncia-10-638.jpg?cb=1426415172>
- Alemán, P.C., Gonzáles D., Díaz L., Delgado Y. (2007). Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. *Revista Cubana Estomatológica; 44(2)*, pp.19-25.
- Barberia E. Odontopediatria. 2a Ed. Barcelona España: Ed. Masson; 2002. pp. 343-347.
- Beraud Osorio, D. I., Sánchez Rodríguez, M. A., Murrieta Pruneda, J. F., & Mendoza Núñez, V. M. (2004). Prevalencia y factores de riesgo de mordida cruzada posterior en niños de 4-9 años de edad en ciudad Nezahualcóyotl. *Boletín médico del Hospital Infantil de México, 61(2)*, 141-148.
- Birch L. (1955) The incidence of nail biting among school children. *Brit J Educ Psychol; 25(2)*: 123-128.
- Bosnjak A, Vucicevic-Boras V, Miletic I, Bozic D, Vukelja M. (2002) Incidence of oral habits in children with mixed dentition. *J Oral Rehabilitation.*; 29: 902-5.
- Canut J.A., *Ortodoncia Clínica*, Salvat Editores en 1989: 95-104.

Di Santi J, Vázquez V. Maloclusión Clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.2003

Identificación de los planos terminales y Espacios. Ilustración 3 tomada de:
<https://reader001.documents.tips/reader001/slide/20170916/55cf8e9a550346703b93d381/document-1.png>

Fernández, J., Mora, C. D. L. C., y López, R. (2009). Educational and therapeutic intervention in children with deforming buccal habits. *Medisur*, 7(1), 28-48.

Fieramosca. F., Lezama. E., Manrique. R., Quirós. O., Farias. M., Rondón. S., Lerner. H. (2007). La función respiratoria y su repercusión a nivel del Sistema Estomatognático. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws"*.

Fonseca, E.B., Teixeira, M. C., Oliveira, A. M.,(2012). Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: A multivariate analysis. *Elsevier. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 76. pp 500–506. Recuperado de doi: 10.1016/j.ijporl.2012.01.005

Gallardo, V. P., & Cencillo, C. P. (2005) Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valenciano. *Revista Elsevier Doyma. In Anales de pediatría* 62(3), pp. 261-265. Recuperado de <http://scihub.cc/http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403305700527>

Gonzales, M. F., Guiada, G., Herrera D., Quiros, O. (2012) Mal oclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws"*.

Hábitos perniciosos. Ilustración 8 tomada de:
<http://www.clinicadentalbocaboca.com/images/Clinica%20dental%20BocaBoca%20Malaga%20Odontopediatria.jpg>

Hernández, J. A., & Villavicencio, J. H. (1997). Un método de tratamiento para la mordida cruzada anterior en la dentición primaria. *Revista Estomatología*, 7(1).

Kasparaviciene, K. (octubre,2014). *The Prevalence of Malocclusion and Oral Habits among 5-7- Year-Old Children*, 20(3), pp. 2036-2042.

Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D'Jurisic A. Alcedo C., Molero L., Tedaldi J. (2010). Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con mal oclusiones en niños con dentición Primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws"*.

Lugo. C., Toyo. I. (2011) Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las mal oclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws"*.

Luna Carrillo E. (2008) Corrección de mal oclusiones clase II en pacientes con dentición mixta y permanente empleando el Forsus Fred. *Revista Samd Milit Mex*; 62(4); pp. 191-7.

Machado, A.J., Crespo, A. N. (2012). Cephalometric Evaluation of the Airway Space and Hyoid Bone in Children with Atypical Deglutition: Correlations Study. *Int. J. Morphol.*, 30(1), pp. 341-346. doi.org/10.4067/S0717-95022012000100060

Martínez, H., y Garza G., (2011). Oral habits: thumb sucking, pacifier or bottle. *Odontol Pediatric*, 10(1), pp.22- 24. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28391856>

Mendoza, L., Meléndez, A., Ortiz, R., Fernández, A., (2014). Prevalence of malocclusions associated with pernicious oral habits in a Mexican sample. *Revista Mexicana de Ortodoncia*; 2(4), pp.220-227.

- Mercado, C., Hernando, D., Mariel, J., (2017). Onicofagia la mala costumbre de comerse las uñas. Universidad autónoma de Coahuila. coordinación general de estudios de posgrado e investigación. 50 pp.1-3
- Miranda, C; Villanueva, N; Sánchez, A. (2003) Hábitos orales más frecuentes en una población de 5 a 13 años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar.
- Montaldo, L., Montaldo, P., Cuccaro, P., Caramico N. y Minervini G. (2011). Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. *International Journal of Paediatric Dentistry*; 21. pp.68–73. DOI: 10.1111/j.1365-263X.2010. 01092.x
- Morales, D. L. (2009). Hábito de succión y maloclusiones asociadas. *Revista Gaceta Dental*.
- Mordida cruzada anterior. Ilustración 7 tomada de: Imagen tomada de: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/1/art-6/1.jpg>
- Ojeda, L. C., Espinoza R. A., Biotti P. J. (2014). Relationship between nail biting and clinical manifestations of temporomandibular disorders in mixed dentition first and/or second phase: A narrative review. *Rev. Clínica. Periodoncia, Implantología. Rehabilitación Oral* 7(1) ISSN 0719-0107
- Parra, Y.: (2004) El paciente respirador bucal una propuesta para el estado Nueva Esparta 1996-2001. Acta odontológica venezolana N°2-42.
- Pinkham JR. (2005) *Pediatric dentistry: Infancy through adolescence*. Casamassimo P et al, editors. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Proffit W., Fields H., Sarver D., *Ortodoncia Contemporánea*, Editorial Mosby 4a edición en 2008: 3-16.
- Quiñones, M.E., Ferro P.P., Torres S., Espinosa L., Rodríguez A., (2006). Estado Nutricional. Su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en niños. *Rev Cubana Estomatológica*. 43(3); pp. 41-3.
- Quirós, O.: (2003) Ortodoncia Nueva Generación. Caracas. *Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamericana*.

- Reyes, D.E., Rosales K., Roselló O., García, D.M. (2007) Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. *Acta Odontológica venezolana*; 45(3), pp. 394-401.
- Rodríguez Yañez E., Casasa Araujo R., Natera A. C. 1001 (2007) Tips en Ortodoncia y sus secretos. 1 edición Venezuela. Amolca.
- Sano S.: (2004) Ortodoncia en la dentición decidua. Brasil. *Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamericana, C.A*
- Simoës, N. (2015). Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. *Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. doi:1317-5823
- Sobremordida Horizontal. Ilustración 4 tomada de: https://scontent-sea1-1.cdninstagram.com/t51.288515/s480x480/e35/11821784_116125498734241_1724860246_n.jpg?ig_cache_key=MTA0OTQ0OTE2MzQ1MDI2NDM0OA%3D%3D.2
- Sobremordida Vertical. Ilustración 5 tomada de: <http://www.ortodonciaestetica.com/wpcontent/blogs.dir/8/files/sobremordida.jpg>
- Tanaka O.M., Vitral R.W., Tanaka G.Y., Guerrero A.P., Camargo E.S., (2008) Nailbiting, or onychophagia: a special habit. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*; 134: 305-8.
- Tipos de oclusión. Ilustración 2. Tomada de: <https://raulromerodelrey.files.wordpress.com/2015/08/21.jpg>
- Urrieta E., López I. Quirós O. Farias M. Rondón S. Lerner H. (2008). Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes *atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007*. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica*.
- Vera, A., Chacón, E., Ulloa, R., Vera, S. (2004). Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de

catia, propatria, en el segundo trimestre del año 2001. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. pp. 21. ISSN: 1317-5823

W. Proffit Ortodoncia teoría y práctica (2a Ed), Ed. Mosby Doyma, España (1994), pp. 2-5

Warren, J.J., Bishara, S.E., Steinbock, K.L., y Yonezu. T., Nowak, A.J., (2001). Effects of oral habits duration on dental characteristics in the primary dentition. *Revista Jada* 132, pp. 1685-1693. Recuperado de: <http://scihub.cc/http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002817714633894>

Zaldivar, M., García, S., Expósito, M., Estrada V., Pérez, Y. (2010). Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *Revista Archivo Médico de Camagüey SciELO*. 14 (6), pp.1-13. ISSN 1025-0255

ANEXOS

Anexo 1.



Quito, 13 de julio de 2017

Msc. Nancy Coba
VICERRECTORA
UNIDAD EDUCATIVA GRAN BRETAÑA
Presente

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de mi parte, a la vez deseo solicitar de la manera más cordial su autorización para que la señorita Estefanía Flores León, con número de matrícula 703801, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, lleve a cabo en la Institución que usted dirige, el Proyecto de Tesis cuyo tema es: *"Prevalencia de mal oclusiones asociadas a hábitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años en el periodo Septiembre, Octubre del 2017"*.

Esto consiste en realizar un estudio diagnóstico clínico, examinando si presenta o no alguna mal oclusión relacionada con un hábito bucal nocivo en niños con esas edades respectivas que cursan tercero, cuarto, o quinto año de básica. Éste estudio se lo realizará entre los meses de septiembre y octubre de 2017.

Esperando contar con su valiosa colaboración, agradezco su atención a la solicitud.

Atentamente,

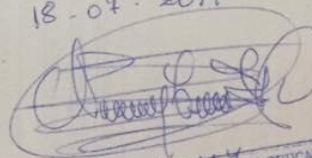


UNIVERSIDAD
DE LAS AMÉRICAS

Dr. Eduardo Flores
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Doctor Eduardo Flores Correa
DECANO FACULTAD ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

AUTORIZADO
18-07-2017



Anexo 2

Quito, 13 de julio de 2017

Señor Luis Quishpe
RECTOR
UNIDAD EDUCATIVA 6 DE DICIEMBRE
Presente

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de mi parte, a la vez deseo solicitar de la manera más cordial su autorización para que la señorita Estefanía Flores León, con número de matrícula 703801, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, lleve a cabo en la Institución que usted dirige, el Proyecto de Tesis cuyo tema es: "Prevalencia de mal oclusiones asociadas a hábitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años en el período Septiembre, Octubre del 2017".

Esto consiste en realizar un estudio diagnóstico clínico, examinando si presenta o no alguna mal oclusión relacionada con un hábito bucal nocivo en niños con esas edades respectivas que cursan tercero, cuarto, o quinto año de básica. Éste estudio se lo realizará entre los meses de septiembre y octubre de 2017.

Esperando contar con su valiosa colaboración, agradezco su atención a la solicitud.

Atentamente,

UNIVERSIDAD
DE LAS AMÉRICAS

Dr. Eduardo Flores
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGICA

Doctor Eduardo Flores Correa
DECANO FACULTAD ODONTOLÓGICA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS



ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Señor Padre de Familia o Tutor de la Unidad Educativa Gran
Bretaña:**

La señorita Estefanía Flores con número de cédula 1003595525, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, realizará el estudio “Prevalencia de mal oclusión asociada a hábitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años”. Este trabajo se llevará a cabo en los niños que cursan estas edades y asisten a tal prestigiosa Institución.

El objetivo de este estudio es conocer el tipo y frecuencia de mal oclusiones producidas por hábitos bucales nocivos, por lo tanto; como parte de este estudio, se examinará la cavidad bucal de los niños mediante el método observacional y se tomará datos acerca de lo valorado.

La inclusión de su niño(a) es de forma voluntaria, agradezco anticipadamente su colaboración porque los resultados del estudio también servirán de información a los padres de familia sobre el cuidado y la prevención bucal de su niño(a), para evitar problemas futuros.

Yo.....
con número de cédula.....declaro haber sido
informado claramente de la realización del citado estudio y acepto que
mi hijo(a).....
de..... años de edad, sea evaluado.

Firma Representante

ANEXO 4
UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Señor Padre de Familia o Tutor de la Unidad Educativa 6 de
Diciembre:**

La señorita Estefanía Flores con número de cédula 1003595525, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, realizará el estudio “Prevalencia de mal oclusión asociada a hábitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años”. Este trabajo se llevará a cabo en los niños que cursan estas edades y asisten a tal prestigiosa Institución.

El objetivo de este estudio es conocer el tipo y frecuencia de mal oclusiones producidas por hábitos bucales nocivos, por lo tanto; como parte de este estudio, se examinará la cavidad bucal de los niños mediante el método observacional y se tomará datos acerca de lo valorado.

La inclusión de su niño(a) es de forma voluntaria, agradezco anticipadamente su colaboración porque los resultados del estudio también servirán de información a los padres de familia sobre el cuidado y la prevención bucal de su niño(a), para evitar problemas futuros.

Yo.....
con número de cédula.....declaro haber sido
informado claramente de la realización del citado estudio y acepto que
mi hijo(a).....
de..... años de edad, sea evaluado.

Firma Representante

TABLA DE DA DATOS

Nombre:

Género: 1)M
2)F

Edad:

Curso:

HÁBITOS

NO presenta hábitos

Succión

1. Succión digital	SI	NO
2. Succión dedo índice	SI	NO
3. Succión labial	SI	NO
4. Succiona o muerde objetos ¿Cuáles?	SI	NO
5. Morder uñas	SI	NO
6. Interposición lingual	SI	NO
RESPIRACIÓN		
7. Respirador bucal	SI	NO
8. Permanece con la boca abierta durante el día y la noche	SI	NO

	Limpios	Con callosidades
Dedos		
1. Labios		
a) Labio superior	Normal	Labio corto
b) Cierre labial	Normal	Alterado
c) Labio inferior	Normal	Grueso y revertido
2. Nariz		
a. Aletas nasales	Redondeadas	Aplanadas
b. Al sellar los labios	Respiración normal	Respiración se acelera o es insuficiente

Examen Intra

oral

1. Lengua		
a) En deglución	Normal	Interpuesta
b) En reposo	Normal	Interpuesta
c) En fonación	Normal	Interpuesta
2. Oclusión		

**a) Relación
molar**

2. Escalón
mesial

3. Escalón distal

1. plano
terminal recto

**b) En sentido
transversal**

(post)

2. Mordida
cruzada

3. Mordida
abierta

1. Normal

**c) Sobre mordida
horizontal**

1) Normal (0-
3mm)

2. Aumentado (+
3mm)

3. Disminuido (mordida
cruzada anterior.

**d) Sobre mordida
vertical**

1. normal

2. aumentado (+
2mm)

3. disminuido (mordida
abierta anterior

