



## CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Tesis de grado

Previo a la obtención del título de

Odontólogo.

Tema.

Hábitos bucales en adolescentes de 12 años de edad de la Unidad Educativa

Fiscal Portoviejo en el periodo marzo – junio 2015.

Autor.

Jonathan Tomás Holguín Macías

Directora de Tesis.

Dra. Julia Cárdenas Sancán Mg.Gs.

Cantón Portoviejo-Provincia de Manabí-República del Ecuador.

2015.

## **CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.**

Dra. Julia Cárdenas Sancán, certifica que la tesis de investigación titulada Hábitos deformantes en adolescentes del Colegio Nacional Portoviejo en el periodo diciembre 2014 – febrero 2015, es trabajo original del estudiante Jonathan Tomás Holguín Macías, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....

Dra. Julia Cárdenas Sancán.

Directora de tesis.

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.**

Tema.

Hábitos bucales en adolescente de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal  
Portoviejo en el período marzo - junio 2015.

Tribunal.

---

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Directora de la carrera.

---

Dra. Julia Cárdenas Sancán Mg. Gs.

Directora de tesis.

---

Dra. Bernardita Navarrete Menéndez Mg. Gs. Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

Miembro del tribunal.

## **DECLARATORIA DE AUTORÍA.**

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo Hábitos deformantes en adolescentes del Colegio Nacional Portoviejo en el periodo diciembre 2014 – febrero 2015, pertenece exclusivamente al autor:

Jonathan Tomás Holguín Macías.

Autor.

## **AGRADECIMIENTO.**

Agradezco a Dios, por ser el quien bendice los pasos de mi vida, a mi madre mujer que con su lucha diaria y todo el amor del mundo es la principal protagonista de mis logros y aciertos, a mi hermana Marcela Holguín quien con sus palabras me motiva día a día para cumplir mis metas, a la doctora Julia Cárdenas Sancán quien guio mis pasos en esta investigación como tutora de tesis. Gracias a todos ustedes por su apoyo.

Jonathan Tomas Holguín Macías.

## **DEDICATORIA.**

Esta investigación se la dedico a Dios por iluminarme con su bendición, a mi madre Exhy Maritza Macías, quien ha guiado mi vida quien me da todo su amor y apoyo incondicional por ser la mejor mama del mundo, ¡este logro es tuyo mama! se lo dedico a mi hijo Thiago Gabriel Holguín Guadamud quien es mi motor y combustible, mi día a día, mi vida, mi amor, a mi hermana Marcela Holguín por su motivación y empuje, a todos ustedes les dedico esta tesis.

Jonathan Holguín Macías.

## **RESUMEN.**

Los músculos orofaciales y de la lengua son los encargados de conseguir un desarrollo armónico de la cara; es así que la deglución, fonación, respiración nasal son hábitos fisiológicos que pueden prevenir maloclusiones o deformaciones del aparato estomatognático, por lo que su función genera un equilibrio orofacial y una mordida normal. Se consideran no funcionales o deformantes cuando por resultado de estos se producen alteraciones dadas por hábitos tales como la respiración bucal, la onicofagia, queilofagia, succión digital entre otros.

Por ello fue el propósito de esta investigación determinar los hábitos y las características físicas de los estudiantes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo. Se realizó una investigación descriptiva y de corte transversal a través de una encuesta a la población de estudio mediante un cuestionario diseñado por el investigador para identificar los hábitos deformantes. Durante el interrogatorio se observó al paciente con el fin de determinar signos directos o indirectos de hábitos orales deformantes y se recogió la información en una ficha de observación. Se concluyó que se presentó algún tipo de hábito en la casi totalidad de los estudiantes con un 90%. El hábito de morder objetos fue el más frecuente con 85%, seguido de la respiración bucal con el 64%.

## **ABSTRACT.**

The acquisition of correct oral habits lead to a correct use of the orofacial muscles and tongue achieving a harmonious development of the face is so swallowing, phonation, nasal breathing is a physiological act that can prevent deformations maloclusiones or oral cavity, They are considered functional habits as a result of his orofacial balance and generate a normal bite. Habits are considered non-functional if not otherwise deforming when result of these given by habits such as mouth breathing, nail biting, queilofagia, finger sucking among other changes occur. For this was the purpose of this investigation to determine the parafunctional habits of the study population to establish a preventive diagnosis.

A descriptive and cross-sectional study was conducted through a survey of the study population using a questionnaire designed by the researcher to identify deforming habits. During questioning the patient it was observed in order to determine direct or indirect signs of deforming oral habits, and information was collected in a form of observation. It was concluded that presented some sort of habit in almost all of the students. Biting objects was the most frequent, followed by nail biting. Deforming habits predominated in males.

## INTRODUCCIÓN.

En esta investigación, se analizaron los hábitos bucales que tienen los estudiantes adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo para identificar cuáles son las características físicas que determinaran la presencia de hábitos bucales deformantes en este grupo de estudio.

Se conceptúan los hábitos bucales funcionales como la fonación, deglución, respiración, masticación. Y los para funcionales como succión digital, protracción lingual, respiración bucal, onicofagia y el hábito de morder objetos, basados en bibliografía, y direcciones electrónicas que se utilizaron en la investigación.

Veremos también que la investigación es descriptiva y de corte transversal, donde se utilizó la encuesta y la observación como métodos, técnicas e instrumentos. Se trabajó con el total de la población de adolescentes de 12 años, siendo 84 los estudiantes evaluados, el análisis de la información recolectada y su proceso informático se realizó mediante el software utilitario Excel del paquete office 2013, utilizando además el recurso humano, material, tecnológico y económico.

Encontraremos el análisis e interpretados de resultados de la investigación de campo en forma de cuadros y tablas y de manera conceptual y con un sustento bibliográfico.

Concluimos que en casi la totalidad de la población se encontró algún tipo de hábito parafuncional, siendo el hábito de morder objeto el más frecuente, seguido de la respiración bucal.

## ÍNDICE.

Certificación del tribunal examinador.....	III
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Introducción.....	IX
Capítulo I.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.    Problematización.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.1.  Tema.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Capítulo II.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.    Marco teórico conceptual.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.2.2. Empuje o protracción lingual.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.2.3. Respiración bucal.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.5.  Población y Muestra.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Capítulo IV.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5.    Conclusiones y recomendaciones.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5.2.  Recomendaciones.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Capítulo VI.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.    Propuesta alternativa.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.1.  Tema.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.2.  Entidad ejecutora.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.3.  Clasificación.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.4.  Localización geográfica.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.5.  Justificación.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.6.  Objetivos.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.6.1. Objetivo General.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.6.2. Objetivos específicos.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.7.  Descripción de la propuesta.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.8.  Beneficiarios.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.9.  Diseño metodológico.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.10. Presupuesto de la propuesta.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

6.11. Sostenibilidad. .... **¡Error! Marcador no definido.**

Bibliografía..... 55

## **CAPÍTULO I.**

### **1. Problematización.**

#### **1.1. Tema.**

Hábitos bucales en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo en el periodo 2015.

#### **1.2. Planteamiento del problema.**

En un estudio realizado en Valencia España por V. Paredes Gallardo, C. Paredes Cencillo en 1100 estudiantes valenciano entre 4 y 11 años de edad con el objetivo de conocer la prevalencia de hábitos orales anómalos y sus alteraciones dentales asociadas, obteniendo un 53% de estudiantes con hábitos orales. Comparando sus resultados con estudios a nivel mundial donde llega a la conclusión que los hábitos no funcionales se asocian a malas oclusiones pero que no son determinantes ya que una mal oclusión puede ser genética.

La frecuencia del 53 % encontrada por nosotros en nuestra muestra y en población valenciana es menor a la detectada por Cahuana et al<sup>14</sup> en la población catalana (84 % entre los 3 a 7 años), aunque mayor a la encontrada por Bosnjak et al. en niños croatas (33,37 % entre los 6-11 años) y Shetty y Munshi en la población india (29,7 % entre los 3-16 años).

Los hábitos orales como la succión digital, la deglución atípica y la respiración bucal pueden modificar la posición de los dientes, relación y forma de las arcadas dentarias.

El crecimiento y desarrollo de las estructuras del sistema estomatognático se ve afectado por estos hábitos que generan modelos inadecuados de distribución de presión.

En una investigación de grado de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí realizada en la Unidad Educativa Amemos al niño en el 2012 por la odontóloga Andrea Gabriela Salguero Intriago, llega a la conclusión que una parte considerable de la población que estudio poseen hábitos para funcionales, a los cuales se les observo un desorden óseo, en su oclusión y apariencia física.

Luego en aras de una labor preventiva y asistencial se hace necesario determinar la presencia de hábitos bucales en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo en el 2015

### **1.3. Formulación del problema.**

¿Cuáles son los hábitos deformantes de los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo en el 2015?

### **1.4. Preguntas de la investigación.**

¿Cómo se comporta la presencia de hábitos dentales deformantes en estos adolescentes?

### **1.5. Delimitación de la investigación.**

**Campo:** Odontología.

**Aspectos:** Salud bucal.

**Delimitación espacial:** La presente investigación se desarrolló con los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo.

**Delimitación temporal:** Esta investigación se realizó en el 2015.

### **1.6. Justificación.**

Los adolescentes se caracterizan por una baja percepción de riesgo y una alta preocupación por la estética. En esta etapa se producen cambios hormonales y conductuales que comprometen los hábitos higiénicos adquiridos desde temprana edad.

La educación para la salud ha devenido estrategia crucial para la prevención de afecciones bucodentales, y resulta mucho más eficiente sobre la base de un diagnóstico previo de necesidades de la población, de ahí la importancia de conocer la frecuencia de hábitos bucales deformantes en relación con las características sociodemográficas y el nivel de conocimientos en el tema de salud, no solo con un fin terapéutico, sino como fundamento teórico sólido para el diseño e implementación de programas educativos en esta población.

En el trabajo de la prevención se está comprometido a conducir al niño hasta la edad adulta desprovisto de toda enfermedad dental. La OMS estableció metas relacionados con la salud bucal en la infancia que se extienden hasta los 18 años de edad, teniendo en cuenta la niñez y la adolescencia como una población de riesgo y una carga social. La población adulta tiene el nivel de responsabilidad y ha desarrollado hábitos

higiénicos en correspondencia con los criterios individuales de amenaza en este ámbito.  
(de la Fuente, González, Ortega, y Sifuentes, 2008, pp. 235-240)<sup>1</sup>

En el plano personal esta investigación permitió el desarrollo de habilidades en el ámbito de la investigación aplicando los conocimientos adquiridos durante la carrera de Odontología en la Universidad San Gregorio de Portoviejo y constituye un logro profesional pues marca el fin de la vida estudiantil, para incorporarme a la vida laboral y contribuir a la salud bucal de mi patria.

No existe ningún estudio sobre hábitos bucales, en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo por lo que esta investigación tiene relevancia y es factible por cuanto se cuentan con los recursos materiales y humanos para este propósito. También tendrá una repercusión positiva en la labor preventiva y terapéutica de un grupo con características fisiológicas y psicológicas particulares que lo definen como una población de riesgo.

---

<sup>1</sup> de la Fuente, J., González, M., Ortega, M., & Sifuentes, M. (2008). Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. *Salud Pública de México*, 50(3), 235-240. Recuperado el 6 de marzo de 2014 de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000300007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000300007)

## **1.7. Objetivos.**

### **1.7.1. Objetivo General.**

- Determinar los hábitos bucales de los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo en el periodo Marzo - Agosto 2015.

### **1.7.2. Objetivos Específicos.**

- Identificar los hábitos bucales parafuncionales de los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo en el periodo Marzo - Agosto 2015.
- Definir las características físicas de los adolescentes con hábitos bucales parafuncionales.

## CAPÍTULO II.

### 2. Marco teórico conceptual.

Según lo descrito por Lugo C., Toyo I, encontramos lo siguiente

Se dice que el hombre actúa de acuerdo a su desarrollo, y estas se dan por medio del aprendizaje diario y a la cotidianidad y se denomina hábitos, con cada repetición el acto será menos consciente y si es repetido muy a menudo será reflejado a una acción inconsciente.

El maxilofacial está compuesto de tres sistemas: esquelético, muscular y dental. Para un desarrollo oclusal normal y equilibrado estos tres sistemas deben actuar de forma conjunta.

Céspedes, Mulet y González (2011) consideran que:

La identificación de factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria. Estos pueden actuar en cualquier etapa de la vida y es de vital importancia el conocimiento del comportamiento de los mismos para poder poner en práctica programas preventivos efectivos, que nos permitan actuar de forma precisa en la prevención de las periodontopatías. Aunque la etiología de esta enfermedad es multicausal los factores de tipo local son los que más frecuentemente lo originan, siendo la principal la flora microbiana asociada a la placa dentobacteriana, la cual a través de la producción de enzimas activa el sistema inmunológico localmente, desencadenando un proceso inflamatorio crónico de larga evolución que contribuye a la destrucción del periodonto. Otros factores que no dejan de ser importantes son los hábitos bucales deformantes, maloclusiones, restauraciones incorrectas, apiñamiento, y el tabaquismo. (pp. 1-17)<sup>2</sup>

De acuerdo a lo descrito por Álvarez, Lescaille, Mora, Pieri, & González (2013)

---

<sup>2</sup> Céspedes, A., Mulet, A., & González, A. (2011). Estado gingival de adolescentes del consultorio La Naya. Caracas. 2010. *Revista Médica electrónica de Portales Médicos.com*, 1-17. Recuperado el 10 de marzo de 2014 de: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estado-gingival-adolescentes/>

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011. Obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws). Consultada, .../.../...

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución, respiración normal, fonación y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos, la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los tres años. Estos hábitos deformantes, si se mantienen por largos períodos, traen como consecuencia alteraciones de la oclusión. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño. Generalmente, estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación debido a la poca capacidad de comprensión del niño. Por eso es esta la tarea más importante, y en ocasiones compleja, del profesional al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de los hábitos antes mencionados.

En la mayoría de los grupos de edades, existe un vínculo muy significativo entre los hábitos deformantes bucales y las anomalías dentomaxilofaciales. Este vínculo se debe a la potencialidad de los primeros de interferir con el patrón regular de crecimiento facial. Esto produce anomalías tanto morfológicas como funcionales. (pp. 210-221)

Estudiando la obra de Díaz, Pellitero, Ayala, Segura, y Carmona, (2012)<sup>3</sup> podemos citar que:

Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Un patrón de contracción asincrónica y anormalmente fuerte puede iniciar contracciones poderosas en los músculos y ocasionar fuerzas dirigidas desfavorablemente y que estén situadas sobre los dientes en contacto y sus estructuras de sostén, por tanto, es una necesidad eliminar estos hábitos que interfieren en el crecimiento normal y en las funciones de la musculatura al modificar la posición de los dientes, la relación y forma de las arcadas dentarias, que originan alteraciones en la articulación temporomandibular por la hipertonía de los músculos masticatorios o indirectamente por las modificaciones oclusales que producen afectación en el funcionamiento del sistema.

Con respecto a las complicaciones derivadas de estos hábitos León, Carvajal, Pérez, &

Rodríguez, (2014) sostienen que:

Existen muchas evidencias que afirman que los hábitos bucales deformantes pueden dañar las estructuras bucales y desencadenar maloclusiones. También se sabe que las deformaciones dentoesqueléticas que producen estos hábitos dependerán del tiempo, la intensidad y frecuencia de éstos. Pousa MS y col, consideran que a pesar que existe una relación entre los hábitos orales y la presencia de maloclusiones, estos hábitos no son un factor indispensable para la

---

<sup>3</sup> Díaz, J. E., Pellitero, B. L., Ayala, Y., Segura, N., & Carmona, E. (2012). Maloclusiones, signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en adolescentes de la Parroquia Jusepín. Monagas. Venezuela. *Correo Científico Médico*, 16(4), 0-0. Recuperado el 5 de enero de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm124c.pdf>

aparición de las mismas, porque se ha observado que muchos niños han presentado el factor causal de hábitos con una oclusión compensada. Nappa A, afirma que los hábitos de succión digital, las disfunciones respiratorias, de la deglución y las trabas oclusales, pueden alterar el crecimiento tanto en déficit como exceso. En la literatura se mencionan otros hábitos bucales como la queilofagia, onicofagia, el mordisqueo de objetos, los hábitos posturales y otros, que aunque son menos frecuentes y no producen grandes alteraciones, no dejan de tener importancia como factores de riesgo de anomalías del complejo dentomaxilofacial, ya que pueden desencadenar anomalías más severas cuando se presentan asociados a otros factores.

## **2.1.Hábitos bucales funcionales.**

### **Masticación.**

La masticación es el proceso mediante el cual se trituran los alimentos, previamente ingerida al comienzo de la digestión.

El proceso de masticación está a cargo de las piezas dentales, siendo los molares los encargados de la trituración de los alimentos, en conjunto con la lengua. El producto de este proceso es el bolo alimenticio. Las cúspides de los dientes facilitan la masticación ya que al entrar en contacto superiores con inferiores ayudan a la formación del bolo.

### **Respiración.**

Es el intercambio gaseoso de oxígeno por dióxido de carbono en los pulmones entre el cuerpo y el exterior. Siendo la respiración un acto involuntario que depende de las necesidades del cerebro.

El aparato respiratorio está formado por la nariz, la boca, la tráquea, los pulmones y el diafragma.

La respiración contiene tres pasos;

La inspiración en la cual se expande el área torácica y baja el diafragma, pasando el aire a través de la nariz y de la boca. Luego se mantiene el aire dentro de nuestros pulmones y posteriormente, El diafragma presiona a los pulmones provocando la salida del aire al exterior.

### **Fonación.**

La fonación es producto de la labor de la musculatura, para producir sonidos inteligibles, para que se produzca la comunicación. Es decir, que se produce la articulación de palabras, lo que es un proceso donde se modifica la corriente de aire que viene de los pulmones y la laringe en las cavidades supragloticas siendo estas; la faringe, cavidad oral y cavidad nasal, y son controladas por el sistema nervioso central y periférico.

### **Deglución.**

La deglución es el paso de los alimentos sólidos o líquidos de la cavidad oral al estómago pasando por la faringe y el esófago, este proceso necesita una serie de contracciones musculares dependientes, independientes y coordinadas entrando en juego seis pares craneales, proceso donde se fragmentan los alimentos de tal manera que puedan pasar por la pared intestinal a el torrente sanguíneo y la linfa

## 2.2.Hábitos bucales deformantes.

Pellitero, García, Díaz y Torres (2003) definen los hábitos bucales como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto; dado a la frecuencia en la que actúan fuerzas no funcionales sobre la piezas dentales lo que pueden alterar los maxilares.

González, Guida, Herrera, & Quirós, (2012) clasifican los hábitos según su etiología como:

1. Instintivos: Hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.
2. Placenteros: Succión digital o del chupón.
3. Defensivos: En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc, en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo.
4. Hereditarios: Malformaciones congénitas de tipo hereditario, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.
5. Adquiridos: La fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido.
6. Imitativos: Gestos, muecas, etc. (pp. 1-12)

(Buitrago, y otros, 2013)

Los hábitos orales son patrones reflejos de contracción muscular, de naturaleza compleja que se aprenden; se puede citar: hábito de succión digital, labial, respiración oral, deglución atípica, empuje lingual y onicofagia entre otros, siendo más frecuentes en la población infantil la deglución atípica, la interposición lingual, el empuje lingual y la succión digital. En un estudio previo Morón et al., en la Fundación Universitaria San Martín (FUSM), Colombia, reportaron que la prevalencia de hábitos orales en la población de 4 a los 11 años fue de 80,1%, siendo mayor para deglución atípica con 69% seguido de empuje lingual con 61,1%. Otros autores, reportaron prevalencias de empuje lingual de 9,5% a 18,1% 14,15, succión digital de 10% y para respiración oral de 30,9% a 58%. Otras investigaciones han descrito la relación entre hábitos y maloclusiones, Fukutaet al., reportan la relación entre los hábitos de succión digital y maloclusiones con 65,7% (OR 1,54) y hábito de chupo y maloclusión con 81,2% (OR 5,46), Infante et al., estudiaron los efectos de los hábitos de succión en niños de 3 a 5 años, encontrando una fuerte

correlación entre hábito oral y mordida abierta. Con relación a mordida abierta anterior, entre 17,7% a 46,2%, asociada a hábitos de succión no nutritiva prolongada. Igualmente se ha descrito que el hábito, la hiperdivergencia y la relación vertical, aumentan significativamente la probabilidad de una mordida abierta anterior dentoalveolar en 36,3%, así como para mordida cruzada posterior 5.8% a 18.2%, asociada a hábitos de succión no nutritivos. (pp. 43-55)<sup>4</sup>

### 2.2.1. Succión digital.

González, Pérez, Martínez, García, & Suárez, (2014) se refieren al tema acotando que:

El hábito de succión digital, afecta tanto la estética como la función, provocando desplazamientos de los dientes superiores hacia delante, los inferiores hacia atrás y en muchos casos origina mordida abierta que, pueden llegar hasta colapso maxilar y en consecuencia mordida cruzada posterior. Es importante eliminar el hábito de forma eficaz y temprana, de manera que las alteraciones que se hayan podido producir como consecuencia del mismo tiendan a desaparecer espontáneamente; pero además identificar la causa de ese hábito para prevenir una recidiva. (pp. 396-407)

En la succión digital los efectos están en relación con la repetición y la fuerza con que se practica; hasta los 3 o 4 años es considerada por muchos autores como normal, pero su persistencia, acompañada de un patrón esquelético desfavorable, ocasiona diversas anomalías, entre las que se encuentran vestibuloversión de incisivos superiores con diastemas, linguoversión de incisivos inferiores, retrognatismo mandibular, bóveda palatina profunda, mordida abierta que dependerá de los dedos succionados, micrognatismo transversal, labio superior hipotónico e inferior hipertónico y deformidades de los dedos succionados. (Pérez, Lora, y Malpica, 2013, p. 17)<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Buitrago, A. M., Gómez, J. R., Salzar, S., Morón, L., Perilla, J. C., & Barreras, J. P. (2013). Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 4(10), 43-55. Recuperado el 5 de enero de 2013, de <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120/243>

<sup>5</sup> Pérez, F., Lora, Q., & Malpica, T. (2013). Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria. *Correo Científico Médico de Holguín*, 17. Recuperado el 6 de marzo de 2014 de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44\\_4\\_07/est07407.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est07407.htm)

“si el habito de succionar el pulgar ejerce una presión sobre los dientes por un tiempo prolongado, esta fuerza los podria desplazar. Y el resultado del movimiento de las piezas dentarias no depende del tipo de fuerza si no el tiempo en la que esta actue”. (Proffit y Fields, 2001, p. 2-20)<sup>6</sup>

### **2.2.2. Empuje o protracción lingual.**

La protracción lingual fue descrita por Cepero, Hidalgo-Gato, Duque de Estrada, & Pérez (2007) que la conceptualizan en su obra como:

Empuje o protracción lingual: es la acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante, que se produce en el momento de realizar la deglución. Se clasifica en simple, compleja y complicada (persistencia del patrón de deglución infantil), de acuerdo con sus características clínicas y etiológicas. En el segundo y tercer caso deberá ser tratada por el ortodoncista.

- Protracción lingual simple: se caracteriza por presentar una mordida abierta anterior muy bien definida. Hay buena adaptación oclusal de ambas arcadas.

- Protracción lingual compleja: presenta una mordida abierta anterior amplia y mal delimitada, no hay contacto entre las arcadas dentarias durante la deglución y la adaptación oclusal de ambas arcadas presenta gran inestabilidad a nivel de incisivo, canino y premolares.

- Protracción lingual complicada: también conocida como deglución infantil conservada o persistencia de la deglución infantil. Solo hay contacto oclusal entre ambas arcadas en el estadio final de la deglución, entre los últimos molares de cada cuadrante.

Sauhing (jul 2014) puntualiza en su tesis que:

“En caso de protracción lingual, se plantea que uy a menudo este hábito queda como residuo del chupeteo deldedo o debido a amígdalas hipertróficas, y noesmás que la proyección de la lengua hacia adelante durante el acto de la deglución, interponiéndola entre los arcos dentarios, producto de ello sepuede apreciar una mordida abierta anterior

---

<sup>6</sup>Proffit, W., & Fields, H. (2001). *Ortodoncia contemporánea teoría y práctica*. (Tercera ed.). Madrid: Ediciones Harcourt.

y vestibuloversión de incisivos, entre otras". (Alemán, González, Díaz, y Delgado, 2007, pp. 2-14)<sup>7</sup>

### **2.2.3. Respiración bucal.**

La respiración bucal también fue descrita por Cepero, Hidalgo-Gato, Duque de Estrada, & Pérez (2007) que la conceptualizan en su obra como:

Respiración bucal: se observa en los pacientes que tienen interferencias en la función respiratoria normal en las vías aéreas nasales, como consecuencia de enfermedad local general, ya sea obstrucción nasal por un proceso inflamatorio crónico, adenoiditis, asma u otros. Pueden ser de 3 tipos: temporaria, en el caso de un resfriado o catarro normal; estacional, asociado con alergias nasorespiratorias y crónicas, en pacientes con obstrucciones adenoideas, dando origen a un labio superior corto, con inadecuado cierre bilabial. La respiración bucal constituye un síndrome, cuyo diagnóstico definitivo deberá ser realizado por el otorrinolaringólogo, el estomatólogo solo puede hacer un diagnóstico presuntivo.

Ocampo, Johnson, & Lema (2013) también escriben sobre el tema:

La influencia del modo de respiración en el crecimiento y desarrollo dentofacial ha sido objeto de controversia. De acuerdo con la teoría funcional de Moss, la respiración nasal permite un adecuado crecimiento y desarrollo del complejo craneofacial y dentofacial. Los niños con respiración oral tienen 10 veces más probabilidad de desarrollar una maloclusión en comparación con quienes respiran por la nariz; estos pacientes se muestran aperezados en las mañanas y pueden presentar un deficiente rendimiento escolar.

Su etiología es multifactorial, puede ir desde una obstrucción anatómica (hipertrofia de amígdalas palatinas, desviación del septum nasal, pólipos, hipertrofia de cornetes) hasta traumas nasales y rinitis alérgica. La causa más común de la respiración oral en la población pediátrica es la obstrucción nasal, específicamente la hipertrofia adenoidea. En los niños este fenómeno es importante debido a su influencia adversa en el crecimiento y desarrollo. La respiración oral puede conducir a una fuerza labial de cierre debilitada, probablemente porque se mantienen los labios

---

<sup>7</sup> Alemán, P., González, D., Díaz, L., & Delgado, Y. (2007). Hábitos bucales deformantes y plano postlacteal en niños de 3 a 5 años. *Rev Cubana Estomatol*, 44(2), 2-14. Recuperado el 16 de marzo de 2014 de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=47739&id\\_seccion=770&id\\_ejemplar=4844&id\\_revista=63](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47739&id_seccion=770&id_ejemplar=4844&id_revista=63)

separados rutinariamente y no se ejercitan efectivamente los músculos periorales.

La obstrucción nasal crónica conduce a respiración oral; posición anterior o inferior de la lengua; mordida abierta anterior; labios medio abiertos; posición baja de la mandíbula; rotación horaria; elongación de la altura facial inferior; tonicidad reducida de la musculatura orofacial; desarmonía en el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales; maxilar estrecho; subdesarrollo de la mandíbula; alteraciones en la posición de la cabeza y protrusión de incisivos superiores. (pp. 83-90)

Succión o mordisqueo del labio (queilofagia): es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores. La queilofagia está definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas como: hábito morboso o tic de morderse los labios.

Onicofagia: según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas es el hábito morboso de roerse las uñas. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal.<sup>8</sup>

### **2.3. Afeciones bucales y adolescencia**

Considerando la población adolescente, Califano (2005-2006) acota que:

Se suelen subestimar los potenciales daños a la salud que sus comportamientos pueden causarles y asumen el riesgo de que ciertas formas de proceder desaparezcan a medida que crezcan sin dejar secuelas, pues visualizan la salud como ausencia de enfermedad; no se sienten vulnerables a los procesos morbosos. En esta etapa se consolida la identidad que definirá una actitud hacia la salud oral en el futuro. (Califano, 2005-2006, pp. 189-96)<sup>9</sup>

Pérez, Bandera, Gámez, Granados y González (2012) realizaron una investigación sobre caries dental, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en 203 adolescentes de la secundaria básica “Félix Varela” del municipio Santiago de Cuba, de ambos sexos, en el periodo de enero a junio del 2011. Para el diagnóstico se realizó un examen clínico,

---

<sup>8</sup> Cepero, Z. d., Hidalgo-Gato, I., Duque de Estrada, J., & Pérez, J. A. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista Cubana de Estomatología*, 44(4), 0-0. Recuperado el 6 de enero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci_arttext)

<sup>9</sup> Califano, J. (2005-2006). Periodontal diseases of children and adolescents. *Pediatr Dent*, 27, 189-96. Recuperado el 12 de marzo de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16541922>

encontrándose que el componente de dientes obturados fue el que predominó, el 47,7% presentaban maloclusiones y un 26,6% que practicaban algún hábito bucal deformante. (pp. 1-2)<sup>10</sup>

Seguén, Arpízar, Chávez, López y Coureaux (2010) llaman la atención sobre el hecho de que, a pesar de que existen tecnologías preventivas, capaces de dominarlas, controlarlas y/o erradicarlas, la odontología en Latinoamérica continúa usando métodos curativos, costosos, complejos e ineficientes, y se sigue ofreciendo a 90 % de la población la exodoncia como única solución. (p. 33)

Por su parte, Franco, Guzmán, Gómez y Ardila (2010) concluyen que las inequidades en la cobertura de los programas preventivos y en el acceso a la atención podrían afectar los indicadores de salud bucal de los adolescentes. (p.19)<sup>11</sup>

## **2.4.Unidades de observación y análisis**

Los estudiantes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo en el periodo Marzo – Junio 2015

VARIABLES

Véase operacionalización (Anexo 1)

---

<sup>10</sup> Pérez, Y., Bandera, S., Gámez, B., Granados, A., & González, T. (2012). Salud bucal en adolescentes de secundaria básica. *Revista Médica electrónica de Portales Médicos.com*, 1-2. Recuperado el 12 de marzo de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/salud-bucal-adolescentes-de-secundaria-basica/>

<sup>11</sup> Franco, A., Guzmán, I., Gómez, A., & Ardila, C. (septiembre-octubre de 2010). Reemergencia de la caries dental en adolescentes. *Avances en Odontología*, 26(5), 19. Recuperado el 20 de febrero de 2014 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852010000500006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852010000500006&script=sci_arttext)

## CAPÍTULO II.

### 3. Marco teórico conceptual.

Según lo descrito por Lugo C., Toyo I, encontramos lo siguiente

Los hábitos orales como la succión digital, la deglución atípica y la respiración bucal pueden modificar la posición de los dientes y relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. (...)

El complejo maxilofacial se compone de tres sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal: el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada. Los hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo. La maloclusión puede presentarse desde la más temprana edad cuanto se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal, sin embargo, las maloclusiones pueden aparecer sin que estos existan.

Céspedes, Mulet y Gonzáles (2011) consideran que:

La identificación de factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria. Estos pueden actuar en cualquier etapa de la vida y es de vital importancia el conocimiento del comportamiento de los mismos para poder poner en práctica programas preventivos efectivos, que nos permitan actuar de forma precisa en la prevención de las periodontopatías. Aunque la etiología de esta enfermedad es multicausal los factores de tipo local son los que más frecuentemente lo originan, siendo la principal la flora microbiana asociada a la placa dentobacteriana, la cual a través de la producción de enzimas activa el sistema inmunológico localmente, desencadenando un proceso inflamatorio crónico de larga evolución que contribuye a la destrucción del periodonto. Otros factores que no dejan de ser importantes son los hábitos bucales deformantes, maloclusiones, restauraciones incorrectas, apiñamiento, y el tabaquismo. (pp. 1-17)<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Céspedes, A., Mulet, A., & González, A. (2011). Estado gingival de adolescentes del consultorio La Naya. Caracas. 2010. *Revista Médica electrónica de Portales Médicos.com*, 1-17. Recuperado el 10 de marzo de 2014 de: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estado-gingival-adolescentes/>

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011. Obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws). Consultada, .../.../...

De acuerdo a lo descrito por Álvarez, Lescaille, Mora, Pieri, & González (2013)

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución, respiración normal, fonación y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos, la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los tres años. Estos hábitos deformantes, si se mantienen por largos períodos, traen como consecuencia alteraciones de la oclusión. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño. Generalmente, estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación debido a la poca capacidad de comprensión del niño. Por eso es esta la tarea más importante, y en ocasiones compleja, del profesional al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de los hábitos antes mencionados.

En la mayoría de los grupos de edades, existe un vínculo muy significativo entre los hábitos deformantes bucales y las anomalías dentomaxilofaciales. Este vínculo se debe a la potencialidad de los primeros de interferir con el patrón regular de crecimiento facial. Esto produce anomalías tanto morfológicas como funcionales. (pp. 210-221)

Estudiando la obra de Díaz, Pellitero, Ayala, Segura, y Carmona, (2012)<sup>13</sup> podemos citar que:

Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Un patrón de contracción asincrónica y anormalmente fuerte puede iniciar contracciones poderosas en los músculos y ocasionar fuerzas dirigidas desfavorablemente y que estén situadas sobre los dientes en contacto y sus estructuras de sostén, por tanto, es una necesidad eliminar estos hábitos que interfieren en el crecimiento normal y en las funciones de la musculatura al modificar la posición de los dientes, la relación y forma de las arcadas dentarias, que originan alteraciones en la articulación temporomandibular por la hipertonicidad de los músculos masticatorios o indirectamente por las modificaciones oclusales que producen afectación en el funcionamiento del sistema.

Con respecto a las complicaciones derivadas de estos hábitos León, Carvajal, Pérez, & Rodríguez, (2014) sostienen que:

Existen muchas evidencias que afirman que los hábitos bucales deformantes pueden dañar las estructuras bucales y desencadenar maloclusiones. También se sabe que las deformaciones

---

<sup>13</sup> Díaz, J. E., Pellitero, B. L., Ayala, Y., Segura, N., & Carmona, E. (2012). Maloclusiones, signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en adolescentes de la Parroquia Jusepín. Monagas. Venezuela. *Correo Científico Médico*, 16(4), 0-0. Recuperado el 5 de enero de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm124c.pdf>

dentoesqueletales que producen estos hábitos dependerán del tiempo, la intensidad y frecuencia de éstos. Pousa MS y col, consideran que a pesar que existe una relación entre los hábitos orales y la presencia de maloclusiones, estos hábitos no son un factor indispensable para la aparición de las mismas, porque se ha observado que muchos niños han presentado el factor causal de hábitos con una oclusión compensada. Nappa A, afirma que los hábitos de succión digital, las disfunciones respiratorias, de la deglución y las trabas oclusales, pueden alterar el crecimiento tanto en déficit como exceso. En la literatura se mencionan otros hábitos bucales como la queilofagia, onicofagia, el mordisqueo de objetos, los hábitos posturales y otros, que aunque son menos frecuentes y no producen grandes alteraciones, no dejan de tener importancia como factores de riesgo de anomalías del complejo dentomaxilofacial, ya que pueden desencadenar anomalías más severas cuando se presentan asociados a otros factores.

### **3.1.Hábitos bucales funcionales.**

#### **Masticación.**

De acuerdo a lo descrito por Marín, Masson, y Permuy<sup>14</sup> (1998):

La función masticatoria es aprendida y necesita de la presencia de los dientes y de una madurez de músculos, huesos, articulación temporomandibular y del sistema nervioso central.

El examen de esta función comprende la revisión minuciosa de todas las estructuras que comprende el aparato masticatorio.

1. Arcadas por separado y en oclusión: analizar presencia y estado de salud dental y periodontal, observación con la cabeza en posición correcta (plano de Francfort paralelo al piso) de la relación de oclusión, así como la posición de reposo mandibular.

2. Dinámica mandibular: a partir de la posición de reposo se observa el espacio libre entre las arcadas, las trayectorias de cierre desde el descanso hasta las posiciones protusivas, lateral derecha e izquierda, engranamiento cuspídeo lateral y límites máximos de desplazamiento anterior, lateral y retrusivo. Este último es particularmente importante en el diagnóstico de las clases III funcionales, al analizar interferencias cuspídeas que provocan oclusiones invertidas anteriores u oclusiones invertidas posteriores unilaterales con desplazamiento mandibular.

---

<sup>14</sup> Marín, G., Masson, R. M., & Permuy, S. (1998). El examen funcional en ortodoncia. *Rev Cubana Ortod*, 13(1), 37-41. Recuperado el 2 de marzo de 2015, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13\\_1\\_98/ord06198.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13_1_98/ord06198.htm)

3. Articulación temporo mandibular: al nacimiento la articulación temporo mandibular tiene forma rudimentaria y plana. El cartílago constituye una gran parte de la cabeza del cóndilo y es muy vascularizado, su movimiento es simultáneo por los 2 lados durante el amamantamiento a pecho. Con la erupción de los incisivos, comienzan los primeros movimientos masticatorios y ya las articulaciones temporo mandibulares no reciben una excitación simultánea, sino alternada, empieza entonces la diferenciación de los tubérculos articulares y el desarrollo de la cavidad glenoidea. Con la consiguiente erupción dentaria las articulaciones temporo mandibulares se continúan modelando hasta llegar a adquirir su forma definitiva. A medida que aumenta la edad la vascularización disminuye y por tanto también el espesor de la capa de cartílago. (pp. 37-41)

## Respiración.

Consultando lo descrito por Marín, Masson, y Permuy<sup>15</sup> (1998) se puede citar:

La respiración normal se efectúa a través de las fosas nasales, sólo en esfuerzo físico muy grandes la cavidad bucal participa en la respiración. Cuando esto se realiza habitualmente por obstrucción de la vía nasal, se resuelve el problema de la ingestión de aire, pero al costo de otros muchos efectos secundarios.

Los efectos inmediatos consisten en la introducción de aire frío seco y cargado de polvo en la boca y la faringe. Se pierden las funciones de calentamiento, humidificación y filtrado del aire que entra por la nariz, con el consiguiente incremento de la irritación de la mucosa faríngea.

Los efectos a largo plazo son más complejos y de mayor alcance, desde que se abre la boca la lengua desciende y pierde contacto con el maxilar superior, lo que influye en el crecimiento de éste, la tensión de los músculos varía, produciendo una serie de alteraciones en la función muscular que incide sobre la postura del maxilar inferior y de la cadena muscular postural del individuo.

Las características del cuadro clínico varían en dependencia de la parte de la vía aérea que esté alterada, de la salud y el biotipo del paciente.

Del interrogatorio obtenemos datos de la existencia de enfermedades infecciosas, alérgicas y otras de las vías respiratorias altas, su tratamiento o no y la respiración bucal durante el sueño.

El examen funcional respiratorio comprende:

1. Examen facial y bucal: observación de las características típicas del respirador bucal o *fascie adenoidea*: la expresión de angustia, narinas estrechas, labios resechos y agrietados, incompetencia labial, encía

---

<sup>15</sup> Marín, G., Masson, R. M., & Permuy, S. (1998). El examen funcional en ortodoncia. Rev Cubana Ortod, 13(1), 37-41. Recuperado el 2 de marzo de 2015, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13\\_1\\_98/ord06198.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13_1_98/ord06198.htm)

marginal inflamada, profundización de la bóveda palatina y el análisis del velo del paladar y las amígdalas.

2. Realización de ejercicios respiratorios: indicar inspiración, que nos permita constatar la falta de dilatación alar, o la existencia por el contrario de contracción.

3. Control de la permeabilidad nasal: por medios directos o indirectos se puede observar la permeabilidad nasal, empleando un espejo o tableta de cristal, por el empleo de un algodón deflecado o por la obstrucción provocada. (pp. 37-41)

## **Fonación.**

Citando las definiciones de Marín, Masson, y Permuy<sup>16</sup> (1998):

El llanto del lactante es primitivo, es una acción no aprendida, la fonación intencionada es más complicada ya que ha de efectuarse sobre una base de posturas mandibulares faríngeas y linguales estabilizadas y aprendidas.

La fonación es característica del *Homo Sapiens*, mientras que el lenguaje es la capacidad exclusiva del hombre, mediante el cual es capaz de abstraer y generalizar los fenómenos de la realidad circundante y designarlos por un signo convencional.

Existe una gran relación entre las anomalías dentomaxilofaciales y los trastornos del habla. Siendo las más frecuentes las dislalias causadas por frenillo lingual defectuoso, cierre bilabial deficiente, mordida abierta, bóveda palatina profunda y el hábito de protracción lingual. (pp. 37-41)

## **Deglución.**

De acuerdo a lo descrito por Marín, Masson, y Permuy<sup>17</sup> (1998):

Para efectuar la deglución, el recién nacido establece un íntimo contacto, entre la lengua que ocupa prácticamente toda la cavidad bucal y los labios, a tal punto que el cierre anterior se realiza con participación del labio inferior y la superficie ventral de la lengua.

Los procesos alveolares apenas están esbozados, pero cuando comienzan a crecer y desarrollarse en medio de las masas musculares y soportando a los dientes, dividen la cavidad bucal en un espacio funcional

---

<sup>16</sup> Marín, G., Masson, R. M., & Permuy, S. (1998). El examen funcional en ortodoncia. *Rev Cubana Ortod*, 13(1), 37-41. Recuperado el 2 de marzo de 2015, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13\\_1\\_98/ord06198.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13_1_98/ord06198.htm)

<sup>17</sup> Marín, G., Masson, R. M., & Permuy, S. (1998). El examen funcional en ortodoncia. *Rev Cubana Ortod*, 13(1), 37-41. Recuperado el 2 de marzo de 2015, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13\\_1\\_98/ord06198.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13_1_98/ord06198.htm)

externo y otro interno y la deglución se produce entonces sin participación de los labios.

Según algunos autores hasta los 3 años de edad se acepta como normal que el niño mantenga separadas las arcadas en el momento de la deglución, entre los 3 y los 5 años se perfecciona la función masticatoria y madura la función de deglución. (pp. 37-41)

### 3.2.Hábitos bucales deformantes.

Pellitero, García, Díaz y Torres (2003) definen los hábitos bucales como actitudes motoras inadecuadas habituales que pueden provocar cambios en la anatomía del macizo orofacial. (pp. 12-15)<sup>18</sup>

Por su parte Reyes, y otros<sup>19</sup>, (2014) apuntan que:

Los hábitos bucales (...) Aparecen entre 56% y 75% de los niños y producen alteraciones del balance neuromuscular, discrepancia hueso diente, mordida cruzada posterior, anterior, mordida abierta anterior y pueden provocar desviaciones de la mandíbula.

González, Guida, Herrera, & Quirós, (2012)<sup>20</sup> clasifican los hábitos según su etiología como:

1. Instintivos: Hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.

2. Placenteros: Succión digital o del chupón.

---

<sup>18</sup> Pellitero, B., García, B., Díaz, J., & Torres, E. (2003). Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. *Correo Científico Médico de Holguín*, 7(3), 12-15. Recuperado el 27 de febrero de 2014 de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=31527&id\\_seccion=2082&id\\_ejemplar=3235&id\\_revista=64](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=31527&id_seccion=2082&id_ejemplar=3235&id_revista=64)

<sup>19</sup> Reyes, D. E., Paneque, M. R., Almeida, Y., Quesada, L. M., Escalona, D., & Torres, S. (2014). Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años: estudio de casos y controles. *Medwave*, 14(2), 0-0. Recuperado el 16 de Febrero de 2015, de <http://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/estudios/investigacion/5927>

<sup>20</sup> González, M. F., Guida, G., Herrera, D., & Quirós, O. (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. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1-12. Recuperado el 16 de febrero de 2015, de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art29.pdf>

3. Defensivos: En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc, en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo.

4. Hereditarios: Malformaciones congénitas de tipo hereditario, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.

5. Adquiridos: La fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido.

6. Imitativos: Gestos, muecas, etc. (pp. 1-12)

(Buitrago, y otros, 2013)

Los hábitos orales son patrones reflejos de contracción muscular, de naturaleza compleja que se aprenden; se puede citar: hábito de succión digital, labial, respiración oral, deglución atípica, empuje lingual y onicofagia entre otros, siendo más frecuentes en la población infantil la deglución atípica, la interposición lingual, el empuje lingual y la succión digital. En un estudio previo Morón et al., en la Fundación Universitaria San Martín (FUSM), Colombia, reportaron que la prevalencia de hábitos orales en la población de 4 a los 11 años fue de 80,1%, siendo mayor para deglución atípica con 69% seguido de empuje lingual con 61,1%. Otros autores, reportaron prevalencias de empuje lingual de 9,5% a 18,1%<sup>14,15</sup>, succión digital de 10% y para respiración oral de 30,9% a 58%. Otras investigaciones han descrito la relación entre hábitos y maloclusiones, Fukuta et al., reportan la relación entre los hábitos de succión digital y maloclusiones con 65,7% (OR 1,54) y hábito de chupo y maloclusión con 81,2% (OR 5,46), Infante et al., estudiaron los efectos de los hábitos de succión en niños de 3 a 5 años, encontrando una fuerte correlación entre hábito oral y mordida abierta. Con relación a mordida abierta anterior, entre 17,7% a 46,2%, asociada a hábitos de succión no nutritiva prolongada. Igualmente se ha descrito que el hábito, la hiperdivergencia y la relación vertical, aumentan significativamente la probabilidad de una mordida abierta anterior dentoalveolar en 36,3%, así como para mordida cruzada posterior 5.8% a 18.2%, asociada a hábitos de succión no nutritivos. (pp. 43-55)<sup>21</sup>

### 3.2.1. Succión digital.

Los hábitos deformantes fueron bien descritos por Cepero, Hidalgo-Gato, Duque de Estrada, & Pérez (2007) que conceptualizan algunos en su obra como el hábito de

---

<sup>21</sup> Buitrago, A. M., Gómez, J. R., Salzar, S., Morón, L., Perilla, J. C., & Barreras, J. P. (2013). Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 4(10), 43-55. Recuperado el 5 de enero de 2013, de <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120/243>

succión digital, descrita como normal hasta los cuatro años de edad. El niño se introduce los dedos en la boca, lo más común es la utilización del dedo pulgar, empujando en el proceso el paladar duro. Esta conducta mantiene separada las arcadas y la lengua presiona contra el dedo incrementando los efectos perjudiciales de la misma. Este hábito generalmente se asocia a necesidades psicoafectivas.

La succión digital puede aparecer sola o asociada a otros hábitos como la tricotilomanía. González, Pérez, Martínez, García, & Suárez, (2014) se refieren al tema acotando que:

La succión digital se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera como normal hasta la edad de los 3 o 4 años. Aunque la mayoría de los niños que succionan el pulgar interrumpen esta costumbre hacia los 2,5-3 años, en algunos casos este hábito permanece hasta edades entre los 6 y 12 años. La presencia del mismo después de los 4 años genera cambios en la tonicidad muscular de labios y bucinadores, dificulta la deglución normal y crea mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, lo cual también puede afectar otras funciones como la fonación y la respiración entre otras.

El hábito de succión digital, afecta tanto la estética como la función, provocando desplazamientos de los dientes superiores hacia delante, los inferiores hacia atrás y en muchos casos origina mordida abierta que, pueden llegar hasta colapso maxilar y en consecuencia mordida cruzada posterior. Es importante eliminar el hábito de forma eficaz y temprana, de manera que las alteraciones que se hayan podido producir como consecuencia del mismo tiendan a desaparecer espontáneamente; pero además identificar la causa de ese hábito para prevenir una recidiva. (pp. 396-407)

Con respecto a la succión digital González, Guida, Herrera, & Quirós, (2012)<sup>22</sup> describen que:

---

<sup>22</sup> González, M. F., Guida, G., Herrera, D., & Quirós, O. (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. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1-12. Recuperado el 16 de febrero de 2015, de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art29.pdf>

Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares.(...) La succión del pulgar provoca generalmente una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula, ocasionada por la presión que ejercen la mano y el brazo

La succión podría explicarse en 3 etapas:

a. Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico): Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad. Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete. Esta succión se resuelve de manera natural.

b. Etapa II (Succión del pulgar clínicamente significativa): De los 3 años a los 6 o 7 años de edad. Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa. Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital. Definir programas de corrección.

c. Etapa III (Succión del pulgar no tratada): Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión. Requiere tratamientos ortodónticos y psicológico.

Tipos de hábitos de succión

Succión del pulgar: Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

Efectos bucales del hábito de succión digital:

1. Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
2. Retroinclinación de los incisivos inferiores.
3. Mordida abierta anterior.
4. Prognatismo alveolar superior.
5. Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
6. Mordida cruzada posterior.
7. Dimensión vertical aumentada. (pp. 1-12)

En la succión digital los efectos están en relación con la repetición y la fuerza con que se practica; hasta los 3 o 4 años es considerada por muchos autores como normal, pero su persistencia, acompañada de un

patrón esquelético desfavorable, ocasiona diversas anomalías, entre las que se encuentran vestibuloversión de incisivos superiores con diastemas, linguoversión de incisivos inferiores, retrognatismo mandibular, bóveda palatina profunda, mordida abierta que dependerá de los dedos succionados, micrognatismo transversal, labio superior hipotónico e inferior hipertónico y deformidades de los dedos succionados. (Pérez, Lora, y Malpica, 2013, p. 17)<sup>23</sup>

“Si el hábito de chuparse el pulgar ejerce una presión sobre los dientes por encima del umbral correspondiente (6 horas diarias o más), podría llegar a desplazarlos. El efecto de la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre los mismos, sino del tiempo de actuación del hábito”. (Proffit y Fields, 2001, p. 2-20)<sup>24</sup>

### **3.2.2. Empuje o protracción lingual.**

La protracción lingual fue descrita por Cepero, Hidalgo-Gato, Duque de Estrada, & Pérez (2007) que la conceptualizan en su obra como:

Empuje o protracción lingual: es la acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante, que se produce en el momento de realizar la deglución. Se clasifica en simple, compleja y complicada (persistencia del patrón de deglución infantil), de acuerdo con sus características clínicas y etiológicas. En el segundo y tercer caso deberá ser tratada por el ortodoncista.

- Protracción lingual simple: se caracteriza por presentar una mordida abierta anterior muy bien definida. Hay buena adaptación oclusal de ambas arcadas.

- Protracción lingual compleja: presenta una mordida abierta anterior amplia y mal delimitada, no hay contacto entre las arcadas dentarias durante la deglución y la adaptación oclusal de ambas arcadas presenta gran inestabilidad a nivel de incisivo, canino y premolares.

- Protracción lingual complicada: también conocida como deglución infantil conservada o persistencia de la deglución infantil. Solo hay contacto oclusal entre ambas arcadas en el estadio final de la deglución, entre los últimos molares de cada cuadrante.

---

<sup>23</sup> Pérez, F., Lora, Q., & Malpica, T. (2013). Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria. *Correo Científico Médico de Holguín*, 17. Recuperado el 6 de marzo de 2014 de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44\\_4\\_07/est07407.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est07407.htm)

<sup>24</sup> Proffit, W., & Fields, H. (2001). *Ortodoncia contemporánea teoría y práctica*. (Tercera ed.). Madrid: Ediciones Harcourt.

por su parte sustentan que:

La deglución atípica, llamada también interposición lingual, se produce cuando el patrón de deglución infantil persiste luego de la erupción de los dientes anteriores. En ocasiones, se puede afirmar también, que la deglución infantil se trata de un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior. Si no existiera una mordida abierta anterior, la lengua no obstruiría ese hueco para lograr el correcto sellado durante de la deglución.

#### Etiología

1. La alimentación artificial por medio del biberón.
2. Amígdalas inflamadas.
3. Desequilibrio del control nervioso.
4. Macroglosia.
5. Anquiloglosia.
6. Pérdida temprana de los dientes anteriores y presencia de un diastema interincisal grande.
7. Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, etc.

#### Tipos de deglución atípica

1. Con presión atípica del labio.
2. Con presión atípica de lengua.

Deglución atípica con presión atípica del labio (interposición labial) Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. El labio superior se torna cada vez más hipotónico y adquiere un aspecto de labio corto. El labio inferior se torna cada vez más hipertónico así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. (...)

Deglución con presión atípica de la lengua. En el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. La contracción de los labios y comisuras provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del músculo mentoniano.

La deglución con presión atípica de la lengua se clasifica en: Tipo I: no causa deformación. Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: mordida abierta anterior, mordida abierta y vestibuloversión, mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordía cruzada posterior. (...) Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares. Las deformaciones resultantes son: mordida

abierta lateral, mordida abierta lateral y mordida cruzada. (...) Tipo IV con presión lingual anterior y lateral: Las maloclusiones resultantes son: mordida abierta anterior y lateral, mordía abierta anterior y lateral con vestibuloversión, mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior. Diagnóstico Debe observarse algunos aspectos en el paciente durante el acto de la deglución tales como: 1. Posición atípica de la lengua. 2. Falta de contracción de los maseteros. 3. Participación de la musculatura perioral con presión del labio y movimientos de la cabeza. 4. Soplo en lugar de succión. 5. Tamaño y tonicidad de la lengua. 6. Babeo nocturno. 7. Dificultad de ingerir alimentos sólidos. 8. Alteraciones en la fonación. 9. Acumular saliva al hablar. (pp. 1-12)

Sauhing (jul 2014) puntualiza en su tesis que:

Aunque en ocasiones la deglución atípica se presenta de forma aislada, es frecuente que forme parte de cuadros más amplios en los que estén implicadas otras funciones orales. Las más comunes son: respiración bucal; problemas ortodónticos y estéticos; problemas de masticación; dificultades de articulación de algunos fonemas. Estas alteraciones pueden repercutir en el rendimiento escolar o el equilibrio emocional. Una de las anomalías más frecuentes en la deglución atípica son las alteraciones dentofaciales producidas por la acción de la lengua, ya que el rasgo más característico de la deglución atípica es la interposición lingual, es decir, interponer la lengua entre las arcadas dentales en el acto de deglutir, que da como resultado la protrusión de ambos incisivos y mordida abierta, espacio que luego ocupa la lengua. La falta de cierre oclusal también es compensada por la contracción de los músculos labiales. No se sabe a ciencia cierta si es un hábito o una posición adaptativa.

“En caso de protracción lingual, se plantea que uy a menudo este hábito queda como residuo del chupeteo deldedo o debido a amígdalas hipertróficas, y noesmás que la proyección de la lengua hacia adelante durante el acto de la deglución, interponiéndola entre los arcos dentarios, producto de ello sepuede apreciar una mordida abierta anterior y vestibuloversión deincisivos,entre otras”. (Alemán, González, Díaz, y Delgado, 2007, pp. 2-14)<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Alemán, P., González, D., Díaz, L., & Delgado, Y. (2007). Hábitos bucales deformantes y plano postlácteo en niños de 3 a 5 años. *Rev Cubana Estomatol*, 44(2), 2-14. Recuperado el 16 de marzo de 2014 de

### 3.2.3. Respiración bucal.

La respiración bucal fue abordada en la obra de González, Guida, Herrera, y Quirós, (2012) describiendo que:

La respiración normal es aquella donde el aire ingresa libremente por la nariz con un cierre simultáneo de la cavidad bucal, creándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración, la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Durante la respiración bucal lo que se produce es que durante la inspiración y expiración, el aire pasa por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico (aspecto de cara larga).

Etiología Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse en 2 tipos: Por obstrucción funcional o anatómica: existe la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal de aire a través de fosas nasales. Por ejemplo, la presencia de adenoides hipertróficas, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias. Hábitos bucales: entre los que se pueden encontrar deglución atípica, interposición lingual, succión del pulgar entre otros.

Características faciales y dentarias de la respiración bucal:

-Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y con narinas estrechas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras.

-Mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.

-Paladar alto u ojival

-Retrognatismo del maxilar inferior.

-Labio superior corto e hipotónico

-Labio inferior hipertónico

-Músculo de la borla del mentón hipertónico

-Labios agrietados y resecos.

-Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral.

-Paladar profundo y estrecho.

-Arcada superior en forma triangular.

-Retrognatismo mandibular.

-Vestibuloversión de incisivos superiores.

-Linguoversión de incisivos inferiores.

- Linguoversión de dientes posterosuperiores.
- Apiñamiento
- Encías hipertróficas y sangrantes.

La respiración bucal también fue descrita por Cepero, Hidalgo-Gato, Duque de Estrada, & Pérez (2007) que la conceptualizan en su obra como:

Respiración bucal: se observa en los pacientes que tienen interferencias en la función respiratoria normal en las vías aéreas nasales, como consecuencia de enfermedad local general, ya sea obstrucción nasal por un proceso inflamatorio crónico, adenoiditis, asma u otros. Pueden ser de 3 tipos: temporaria, en el caso de un resfriado o catarro normal; estacional, asociado con alergias nasorespiratorias y crónicas, en pacientes con obstrucciones adenoideas, dando origen a un labio superior corto, con inadecuado cierre bilabial. La respiración bucal constituye un síndrome, cuyo diagnóstico definitivo deberá ser realizado por el otorrinolaringólogo, el estomatólogo solo puede hacer un diagnóstico presuntivo.

Ocampo, Johnson, & Lema (2013) también escriben sobre el tema:

La influencia del modo de respiración en el crecimiento y desarrollo dentofacial ha sido objeto de controversia. De acuerdo con la teoría funcional de Moss, la respiración nasal permite un adecuado crecimiento y desarrollo del complejo craneofacial y dentofacial. Los niños con respiración oral tienen 10 veces más probabilidad de desarrollar una maloclusión en comparación con quienes respiran por la nariz; estos pacientes se muestran aperezados en las mañanas y pueden presentar un deficiente rendimiento escolar.

Su etiología es multifactorial, puede ir desde una obstrucción anatómica (hipertrofia de amígdalas palatinas, desviación del septum nasal, pólipos, hipertrofia de cornetes) hasta traumas nasales y rinitis alérgica. La causa más común de la respiración oral en la población pediátrica es la obstrucción nasal, específicamente la hipertrofia adenoidea. En los niños este fenómeno es importante debido a su influencia adversa en el crecimiento y desarrollo. La respiración oral puede conducir a una fuerza labial de cierre debilitada, probablemente porque se mantienen los labios separados rutinariamente y no se ejercitan efectivamente los músculos periorales.

La obstrucción nasal crónica conduce a respiración oral; posición anterior o inferior de la lengua; mordida abierta anterior; labios medio abiertos; posición baja de la mandíbula; rotación horaria; elongación de la altura facial inferior; tonicidad reducida de la musculatura orofacial; desarmonía en el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales;

maxilar estrecho; subdesarrollo de la mandíbula; alteraciones en la posición de la cabeza y protrusión de incisivos superiores. (pp. 83-90)

Succión o mordisqueo del labio (queilofagia): es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores. La queilofagia está definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas como: hábito morboso o tic de morderse los labios.

Onicofagia: según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas es el hábito morboso de roerse las uñas. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal.<sup>26</sup>

### 3.3. Afecciones bucales y adolescencia

Considerando la población adolescente, Califano (2005-2006) acota que:

Se suelen subestimar los potenciales daños a la salud que sus comportamientos pueden causarles y asumen el riesgo de que ciertas formas de proceder desaparezcan a medida que crezcan sin dejar secuelas, pues visualizan la salud como ausencia de enfermedad; no se sienten vulnerables a los procesos morbosos. En esta etapa se consolida la identidad que definirá una actitud hacia la salud oral en el futuro. (Califano, 2005-2006, pp. 189-96)<sup>27</sup>

Pérez, Bandera, Gámez, Granados y González (2012) realizaron una investigación sobre caries dental, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en 203 adolescentes de la secundaria básica “Félix Varela” del municipio Santiago de Cuba, de ambos sexos, en el periodo de enero a junio del 2011. Para el diagnóstico se realizó un examen clínico, encontrándose que el componente de dientes obturados fue

---

<sup>26</sup> Cepero, Z. d., Hidalgo-Gato, I., Duque de Estrada, J., & Pérez, J. A. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista Cubana de Estomatología*, 44(4), 0-0. Recuperado el 6 de enero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci_arttext)

<sup>27</sup> Califano, J. (2005-2006). Periodontal diseases of children and adolescents. *Pediatr Dent*, 27, 189-96. Recuperado el 12 de marzo de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16541922>

el que predominó, el 47,7% presentaban maloclusiones y un 26,6% que practicaban algún hábito bucal deformante. (pp. 1-2)<sup>28</sup>

Seguén, Arpízar, Chávez, López y Coureaux (2010) llaman la atención sobre el hecho de que, a pesar de que existen tecnologías preventivas, capaces de dominarlas, controlarlas y/o erradicarlas, la odontología en Latinoamérica continúa usando métodos curativos, costosos, complejos e ineficientes, y se sigue ofreciendo a 90 % de la población la exodoncia como única solución. (p. 33)

Por su parte, Franco, Guzmán, Gómez y Ardila (2010) concluyen que las inequidades en la cobertura de los programas preventivos y en el acceso a la atención podrían afectar los indicadores de salud bucal de los adolescentes. (p.19)<sup>29</sup>

### **3.4.Unidades de observación y análisis**

Los estudiantes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo en el periodo Marzo – Junio 2015

### **3.5.Variables**

Véase operacionalización (Anexo 1)

---

<sup>28</sup> Pérez, Y., Bandera, S., Gámez, B., Granados, A., & González, T. (2012). Salud bucal en adolescentes de secundaria básica. *Revista Médica electrónica de Portales Médicos.com*, 1-2. Recuperado el 12 de marzo de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/salud-bucal-adolescentes-de-secundaria-basica/>

<sup>29</sup> Franco, A., Guzmán, I., Gómez, A., & Ardila, C. (septiembre-'octubre de 2010). Reemergencia de la caries dental en adolescentes. *Avances en Odontoestomatología*, 26(5), 19. Recuperado el 20 de febrero de 2014 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852010000500006&script=sci\\_arttex](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852010000500006&script=sci_arttex)

## CAPÍTULO III.

### 4. Marco Metodológico.

#### 3.1. Tipo de investigación.

Investigación descriptiva y de corte transversal.

#### 3.2. Métodos.

Se realizó una encuesta a la población de estudio mediante un cuestionario diseñado por el investigador para identificar los hábitos bucales. Durante el interrogatorio se observó al paciente con el fin de determinar características físicas de hábitos orales deformantes y se recogió la información en una ficha de observación

#### 3.3. Técnicas.

Se empleó la encuesta a través de un cuestionario aplicado a toda la población del estudio (Ver anexo 3)

Matriz de observación: Ficha de observación (Ver anexos 4)

#### 3.4. Instrumentos.

Dentro de los instrumentos constaron un cuestionario y la ficha de observación

#### 3.5. Población y Muestra.

**Población:** Para este análisis investigativo se trabajó con los 84 estudiantes de 12 años de la Unidad Educativa Portoviejo.

**Muestra:** Se trabajó con el universo de estudio

### **3.6. Recolección de la información.**

La información fue recopilada a través de un cuestionario aplicado al universo de estudio, la observación científica.

### **3.7. Procesamiento de la información.**

Con las variables de estudio se obtuvieron sus frecuencias absolutas y relativas. Todo el procesamiento se realizó mediante el software utilitario Excel del paquete Office 2013. Los resultados se expresaron en tablas y gráficos.

### **3.8. Ética.**

A los pacientes incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma. Se contó con el consentimiento oral y escrito de los seleccionados o en su defecto con la aprobación de personas responsabilizadas con estos, para lo cual se confeccionó una planilla. (Ver anexo 2)

### **3.9. Recursos**

#### **Talento Humano.**

- Investigador
- Tutor de tesis

#### **Materiales.**

- Espejos bucales

- Exploradores bucales
- Guantes
- Mascarillas
- Sondas

### **Tecnológicos.**

- Computadora
- Impresora
- Copiadora

### **Económicos.**

La presente investigación tuvo un costo de 240.10 dólares que fueron financiados por el investigador.

## CAPITULO IV.

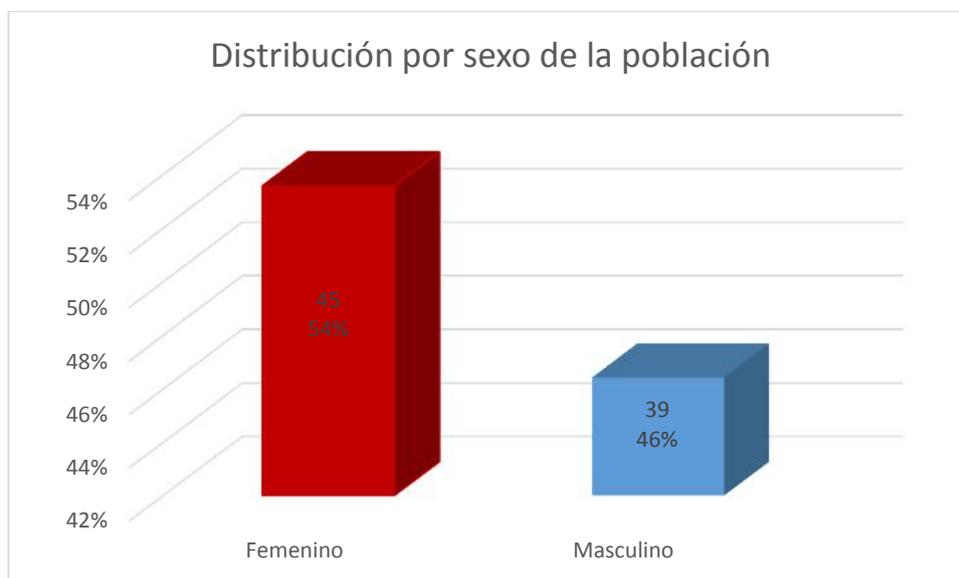
### 4. Análisis e interpretación de los resultados.

Tabla 1: Distribución por sexo de la población.

Distribución por sexo de la población		
Sexo	Frecuencia absoluta	Por ciento
Femenino	45	54%
Masculino	39	46%
Total	84	100%

Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

Gráfico 1: Distribución por sexo de la población



Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

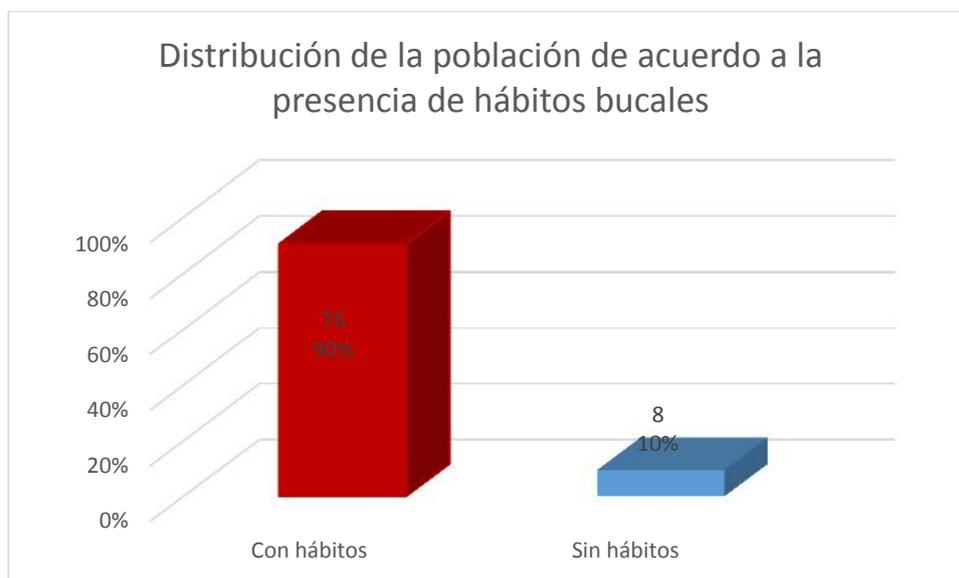
La población estudiada estuvo compuesta por 84 adolescentes de 12 años, 45 representantes del sexo femenino (54%) y 39 del sexo masculino (46%).

Tabla 2. Distribución de la población de acuerdo a la presencia de hábitos bucales.

Distribución de la población de acuerdo a la presencia de hábitos deformantes		
Presencia de hábitos bucales	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Con hábitos deformantes	76	90%
Sin hábitos deformantes	8	10%
Total	84	100%

Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

## 2. Distribución de la población de acuerdo a la presencia de hábitos deformantes.



Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

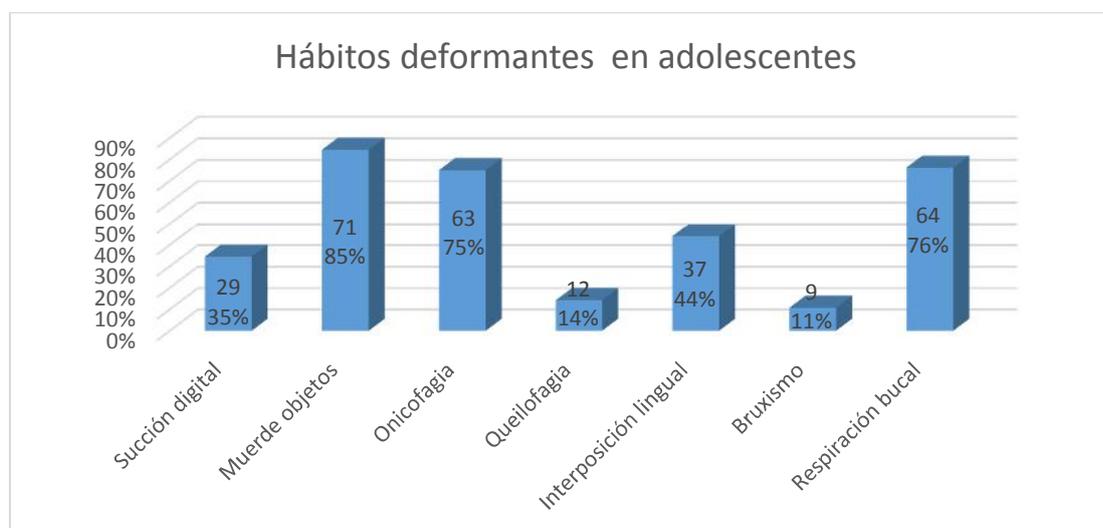
Con respecto a los hábitos orales deformantes 76 estudiantes (90%) presentaron algún tipo de hábito y solo 8 estudiantes (10%) carecían de malos hábitos.

Tabla 3. Distribución de la población de acuerdo al tipo de hábito deformante

Hábito deformante	Cantidad de adolescentes que presentan	Porcentaje de adolescentes que presentan el hábito deformante
Succión digital	29	35%
Muerde objetos	71	85%
Onicofagia	63	75%
Queilofagia	12	14%
Interposición lingual	37	44%
Bruxismo	9	11%
Respiración bucal	64	76%

Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

Gráfico 3. Distribución de la población de acuerdo al tipo de hábito deformante



Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

El hábito de morder objetos fue el más frecuente en 71 (85%) estudiantes, seguido de la respiración bucal en 64 (76%) estudiantes. El 75 % presentó onicofagia (63 casos), la interposición lingual estuvo presente en 37 casos (44%), 12 casos (14%) presentaron queilofagia y 29 casos presentaron succión digital (35%) y 9 adolescentes presentaron bruxismo (11%)

Estos resultados exceden los citados por Buitrago, y otros, (2013) incluso en poblaciones de menor edad, lo que constituye una señal de alarma para el riesgo de maloclusiones:

Los hábitos orales son patrones reflejos de contracción muscular, de naturaleza compleja que se aprenden; se puede citar: hábito de succión digital, labial, respiración oral, deglución atípica, empuje lingual y onicofagia entre otros, siendo más frecuentes en la población infantil la deglución atípica, la interposición lingual, el empuje lingual y la succión digital. En un estudio previo Morón et al., en la Fundación Universitaria San Martín (FUSM), Colombia, reportaron que la prevalencia de hábitos orales en la población de 4 a los 11 años fue de 80,1%, siendo mayor para deglución atípica con 69% seguido de empuje lingual con 61,1%. Otros autores, reportaron prevalencias de empuje lingual de 9,5% a 18,1%<sup>14,15</sup>, succión digital de 10% y para respiración oral de 30,9% a 58%. Otras investigaciones han descrito la relación entre hábitos y maloclusiones, Fukuta et al., reportan la relación entre los hábitos de succión digital y maloclusiones con 65,7% (OR 1,54) y hábito de chupo y maloclusión con 81,2% (OR 5,46), Infante et al., estudiaron los efectos de los hábitos de succión en niños de 3 a 5 años, encontrando una fuerte correlación entre hábito oral y mordida abierta. Con relación a mordida abierta anterior, entre 17,7% a 46,2%, asociada a hábitos de succión no nutritiva prolongada. Igualmente se ha descrito que el hábito, la hiperdivergencia y la relación vertical, aumentan significativamente la probabilidad de una mordida abierta anterior dentoalveolar en 36,3%, así como para mordida cruzada posterior 5.8% a 18.2%, asociada a hábitos de succión no nutritivos. (pp. 43-55)<sup>30</sup>

---

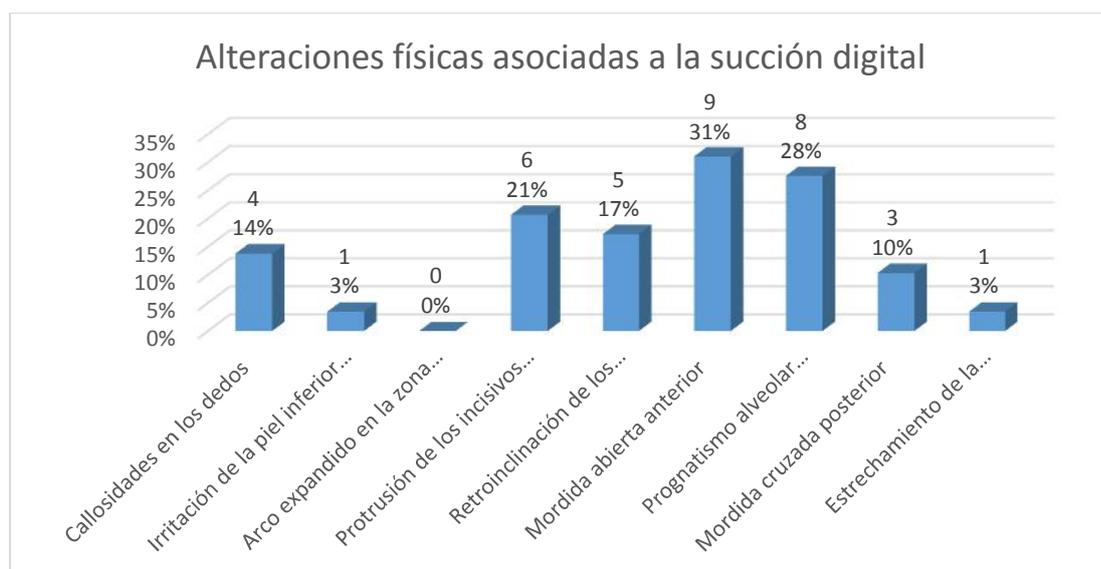
<sup>30</sup> Buitrago, A. M., Gómez, J. R., Salzar, S., Morón, L., Perilla, J. C., & Barreras, J. P. (2013). Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 4(10), 43-55. Recuperado el 5 de enero de 2013, de <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120/243>

Tabla 4. Alteraciones físicas asociadas a la succión digital

Succión digital		
Alteración física	Número de pacientes	Porcentaje
Callosidades en los dedos	4	14%
Irritación de la piel inferior del labio	1	3%
Arco expandido en la zona posterior	0	0%
Protrusión de los incisivos superiores	6	21%
Retroinclinación de los incisivos inferiores	5	17%
Mordida abierta anterior	9	31%
Prognatismo alveolar superior	8	28%
Mordida cruzada posterior	3	10%
Estrechamiento de la arcada superior	1	3%
Total	29	100%

Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

Gráfico 4. Alteraciones físicas asociadas a la succión digital



Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

Se detectaron 29 casos de succión digital, de los cuales 4 (14%) presentaron callosidades en los dedos, 1 (3%) presentó irritación de la piel inferior del labio, 6 (21%) presentaron protrusión de los incisivos superiores, 5 (17%) retroinclinación de los incisivos inferiores, 9 (31%) mordida abierta anterior, 8 (28%) prognatismo alveolar anterior, 3 (10%) mordida cruzada posterior, 1 (3%) estrechamiento de la arcada superior y no se observó ningún caso de arco expandido en la zona superior. Aunque no coinciden en cuanto a la frecuencia la distribución es similar a los citados por Buitrago, y otros, (2013) incluso en poblaciones de menor edad, lo que constituye una señal de alarma para el riesgo de maloclusiones:

Infante et al., estudiaron los efectos de los hábitos de succión en niños de 3 a 5 años, encontrando una fuerte correlación entre hábito oral y mordida abierta. Con relación a mordida abierta anterior, entre 17,7% a 46,2%, asociada a hábitos de succión no nutritiva prolongada. Igualmente se ha descrito que el hábito, la hiperdivergencia y la relación vertical, aumentan significativamente la probabilidad de una mordida abierta anterior dentoalveolar en 36,3%, así como para mordida cruzada posterior 5.8% a 18.2%, asociada a hábitos de succión no nutritivos. (pp. 43-55)<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Buitrago, A. M., Gómez, J. R., Salzar, S., Morón, L., Perilla, J. C., & Barreras, J. P. (2013). Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 4(10), 43-55. Recuperado el 5 de enero de 2013, de <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120/243>

Tabla 5. Alteraciones físicas asociadas a la respiración bucal

Respiración bucal		
Alteraciones	Número de pacientes	Porcentaje
Paladar alto u ojival	5	8%
Retrognatismo mandibular	9	14%
Labio superior corto e hipotónico	2	3%
Labio inferior hipertónico	2	3%
Labios agrietados y resecos	62	97%
Mordida cruzada posterior	29	45%
Paladar profundo y estrecho	17	27%
Vestibuloversión de los IS	9	14%
Linguoversión de II	7	11%
Linguoversión de dientes posterosuperiores	3	5%
Total	64	100%

Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

Gráfico 5. Alteraciones físicas asociadas a la respiración bucal



Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

Se diagnosticaron 64 casos de respiradores bucales, de los cuales 5 (8%) presentaron paladar alto u ojival, 9 (14%) presentaron retrognatismo mandibular, 2 (3%) labio superior corto e hipotónico y labio inferior hipertónico, 62 (97%) labios agrietados y resecos, 29 (45%) mordida cruzada posterior, 17 (27%) paladar profundo y estrecho, 9 (14%) vestibuloversión de los incisivos superiores, 7 (11%) linguoversión de los incisivos inferiores y 3 (5%) linguoversión de los dientes posteriores. Estos resultados difieren de los encontrados por Mora, Habadi, Apolinaire, López, & Agüero, (2009):

En la dentición mixta, la ADMF que más predominó fue la incompetencia bilabial con el 100 %, seguida por el micrognatismo transversal con un 66,7 %, coincidiendo este resultado con los de estudios realizados por Parra y Mondragón. A pesar de que pocas investigaciones muestran resultados significativos en este tipo de dentición, es importante el diagnóstico temprano de las ADMF, ya que al no ser tratadas precozmente perdurarán durante el período de dentición mixta y permanente, lo que posibilita su agravamiento.

(...)

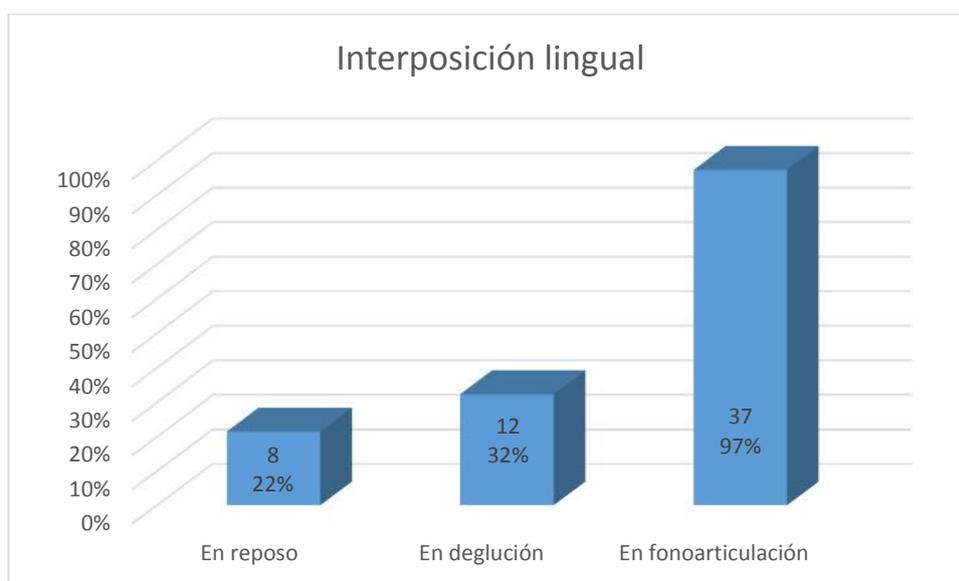
En la dentición permanente las ADMF más frecuentes fueron la incompetencia bilabial, seguida por el apiñamiento, la vestibuloversión, el resalte aumentado, el micrognatismo transversal y el sobrepase aumentado, resultados similares a los de varios estudios. (pp. 58-64)

Tabla 6. Interposición lingual

Interposición lingual		
	Número de pacientes	Por ciento
En reposo	8	22%
En deglución	12	32%
En fonoarticulación	36	97%
Total	37	100%

Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

Gráfico 6. Interposición lingual



Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

Se registraron 37 casos de interposición lingual o deglución atípica, 8 (22%) en reposo, 12 (32%) en deglución y 36 (97%) en fonoarticulación de los fonemas D, S y T. Resultados inferiores refirieron Escobar y Rayón (2014).

Estudios recientes hablan de una relación entre la deglución atípica de los 6-9 años y maloclusión grave a los 12 años de edad. (pp. 1-8)

En contraste, Mendoza, Meléndez, Ortiz, y Fernández, (2014) observaron que la interposición lingual era el hábito más predominante.

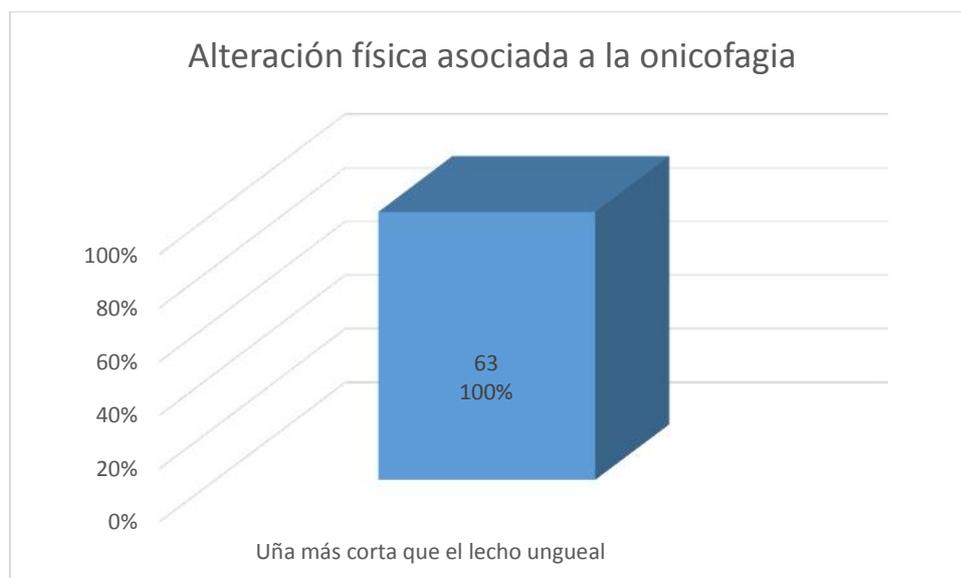
Tabla 7. Distribución de la interposición lingual de acuerdo al sexo

Oncofagia		
Alteración	Número de pacientes	Por ciento
Uña más corta que el lecho ungueal	63	100%
Total	63	100%

Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo

Elaborado por: Holguín J.

Gráfico 7. Distribución de la interposición lingual de acuerdo al sexo



Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo

Elaborado por: Holguín J.

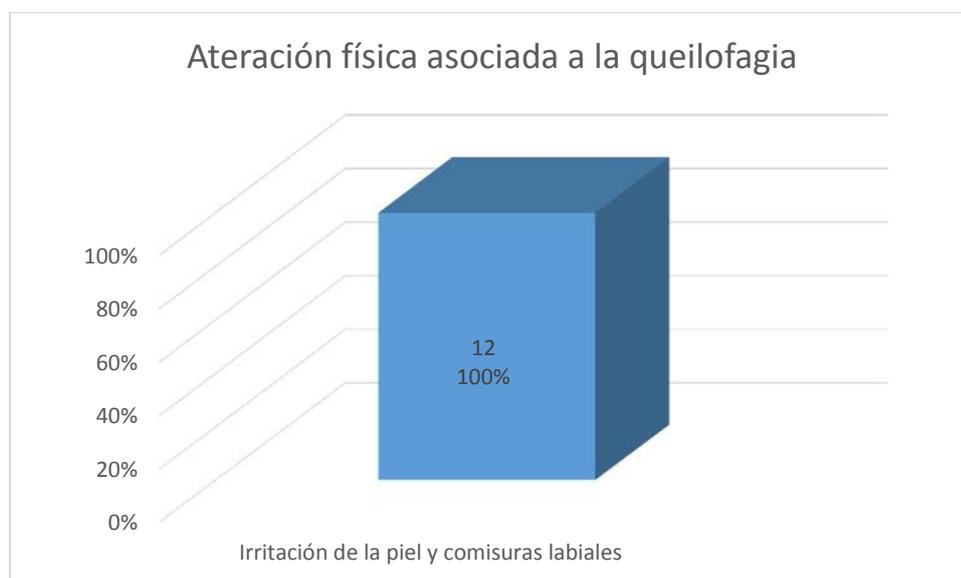
Se registraron 63 casos de oncofagia y el 100% tenía la uña sumergida en el lecho ungueal como resultado directo de este mal hábito

Tabla 8. Alteraciones físicas asociadas a la queilofagia

Queilofagia		
Alteración	Número de pacientes	Porcentaje
Irritación de la piel y comisuras labiales	12	100%
Total	12	100%

Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
 Elaborado por: Holguín J.

Gráfico 8. Alteraciones físicas asociadas a la queilofagia



Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
 Elaborado por: Holguín J.

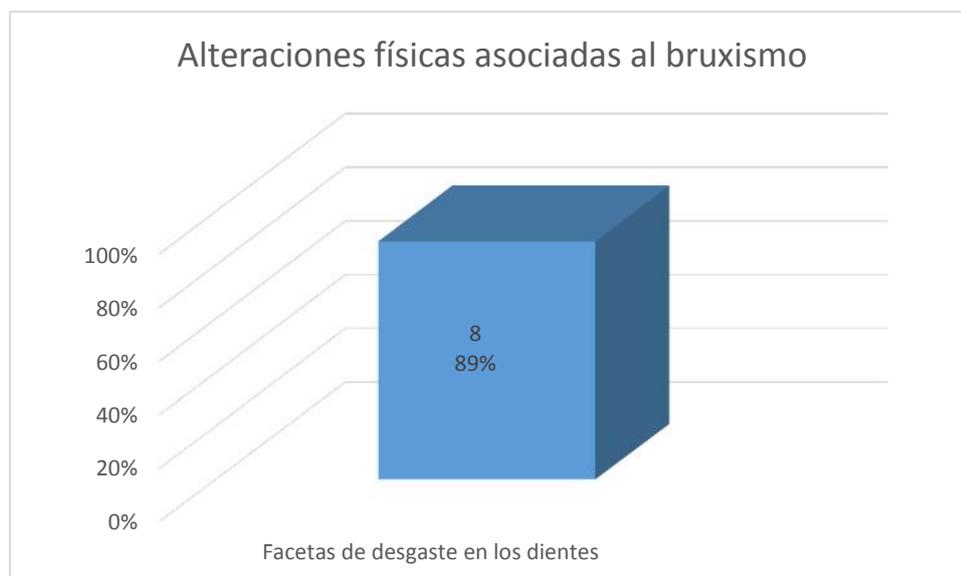
En los 12 casos registrados de queilofagia se detectó lesiones en la piel del labio y las comisuras.

Tabla 9. Alteraciones físicas asociadas al bruxismo.

Bruxismo		
Alteración	Número de pacientes	Por ciento
Facetas de desgaste en los dientes	8	89%
Total	9	100%

Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

Gráfico 9. Alteraciones físicas asociadas al bruxismo.



Fuente: Encuestas y fichas de observación a los adolescentes de 12 años de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo  
Elaborado por: Holguín J.

De los 9 casos detectados con bruxismo, 8 (89%) presentaron desgaste de facetas dentales.

Con relación al bruxismo, la queilofagia y la onicofagia, Ortiz, Martínez, Ríos, Alvarado, y Pérez, (2012) citaron:

Gil, F. y cols. Analizaron la prevalencia de hábitos parafuncionales en una población de estudiantes, y determinaron su prevalencia según la edad y el sexo. Seleccionaron una muestra de 287 estudiantes. Los hábitos a estudiar fueron el bruxismo, la onicofagia y el mordisqueo de labios o mejillas. La detección de los mismos se realizó mediante un cuestionario, la exploración clínica y la evaluación de los modelos montados en el articulador. El bruxismo presentó una prevalencia del 31%. La prevalencia de hábitos parafuncionales fue elevada. La asociación de varios hábitos tuvo una prevalencia mayor que la presencia de un único hábito.

Estos autores refieren que Córtese, S. y Biondi, A. describen que el bruxismo representa el 74% de los hábitos parafuncionales y los relacionaron con trastornos de la articulación temporomandibular. (pp. 16-22)

## CAPÍTULO V.

### 5. Conclusiones y recomendaciones.

#### 5.1. Conclusiones

1. Dentro de la población de estudio se pudo determinar que casi su totalidad presento hábitos parafuncionales o deformantes, estos hábitos fueron: morder objetos, respiración bucal, onicofagia, interposición lingual, succión digital, queilofagia, bruxismo.
2. Las características físicas que se observaron con mayor porcentaje en los adolescentes con hábitos bucales deformantes fueron: mordida abierta anterior, prognatismo alveolar son los más frecuentes en el hábito de succión digital, labios agrietados y resecos, mordida cruzada posterior en la respiración bucal, en fono articulación ,en deglución son las características más frecuente de la interposición lingual, piel y comisuras labiales irritadas son el resultado del hábito queilofagia, facetas desgastadas de los dientes producidas por el bruxismo, uñas más cortas que el lecho ungueal producto de la onicofagia.

## **5.2. Recomendaciones**

1. Se recomienda al departamento odontológico de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo, realizar capacitaciones a los docentes para que ellos a su vez transmitan el conocimiento a los adolescentes de dicha institución sobre los hábitos deformantes y su repercusión en los adolescentes.

## **CAPÍTULO VI.**

### **6. Propuesta alternativa.**

#### **6.1. Tema.**

Capacitación sobre hábitos bucales deformantes y su repercusión en adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo.

#### **6.2. Entidad ejecutora**

Unidad Educativa Fiscal Portoviejo

#### **6.3. Clasificación**

Intervención Social

#### **6.4. Localización geográfica**

La Unidad Educativa Fiscal Portoviejo está ubicado en la parroquia 12 de marzo entre Alajuela y Francisco de P y Moreira.

#### **6.5. Justificación**

En la investigación realizada se pudo constatar que se presentó algún tipo de hábito en la casi totalidad de los estudiantes. Se pudo identificar el desconocimiento de ellos sobre los hábitos y las características físicas de los mismos. El hábito de morder objetos fue el más frecuente, seguido de la onicofagia. Alrededor de la mitad presentó respiración bucal, el hábito de empujar los dientes, roncar, la succión digital y labial

fueron ligeramente inferior. Los menos frecuentes fueron la interposición lingual y rechinar los dientes.

## **6.6. Objetivos**

### **6.6.1. Objetivo General.**

Conocer sobre hábitos bucales deformantes y su repercusión a los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo.

### **6.6.2. Objetivos específicos**

Concientizar a los adolescentes para que identifiquen las características físicas producidas por hábitos bucales deformantes.

Socializar los hábitos deformantes en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo

## **6.7. Descripción de la propuesta**

La presente propuesta es de tipo social y de orden educativo dirigido a los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo del Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí, Republica del Ecuador y tiene como objetivo realizar charlas educativas sobre los hábitos deformantes y sobre las características físicas de los mismos.

## **6.8. Beneficiarios**

Los beneficiarios son:

**Directos:** Adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo.

**Indirectos:** personal docente y docente de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo.

### **6.9. Diseño metodológico**

Para la aplicación de la propuesta se contó con la colaboración del rector de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo, con los docentes de cada curso y de los adolescentes de la institución.

#### **Fase una**

Se socializo los resultados de la investigación con las autoridades de la institución.

Se elaboró un cronograma de trabajo para la ejecución del proyecto.

#### **Fase dos**

Realización de charlas educativas a los adolescentes de la institución.

### **6.10. Presupuesto de la propuesta**

<b>Total de niños</b>	<b>Valor de Banner</b>	<b>Total</b>
84	\$60.00	\$ 60.00

### **6.11. Sostenibilidad**

La propuesta es sostenible y factible porque los resultados de la investigación realizada indican la necesidad de prevenir y mejorar los hábitos bucales deformantes en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo; es sostenible en el tiempo, por cuanto se adjuntara una acta de compromiso con el personal docente, representado por el sr rector de la unidad educativa en mención, con el propósito de que

se realicen las charlas de concientización y socialización sobre los hábitos bucales con los adolescentes y los docentes

## BIBLIOGRAFÍA.

- Alemán, P., González, D., Díaz, L., & Delgado, Y. (2007). Hábitos bucales deformantes y plano postlacteico en niños de 3 a 5 años. *Rev Cubana Estomatol*, 44(2), 2-14.
- Alliaga, A., Alliaga, M., Mattos, M., Alliaga, R., & del Castillo, C. (2011). Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud pública*, 28(1), 87-91.
- Álvarez, I., Lescaille, Y., Mora, C. d., Pieri, K., & González, B. A. (2013). Intervención de salud bucal en escolares con hábitos bucales deformantes. *Medisur*, 11(4), 410-421. Recuperado el 16 de febrero de 2015, de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543>
- Barbería, E. (2001). Erupción dentaria. Prevención y tratamiento de sus alteraciones. *Rev Pediatr Integral*, 6(3), 229-40.
- Barreda, P. (3 de feb de 2005). *La salida de los dientes o erupción dentaria*. Recuperado el 3 de 25 de 2014, de *Pediatraldía*. : [http://www.pediatraldia.cl/erupcion\\_dentaria.htm](http://www.pediatraldia.cl/erupcion_dentaria.htm)
- Barrios, L., Puentes, M., Castillo, A., Rodríguez, M. A., & Duque, M. (2001). Hábito de respiración bucal en niños. *Revista cubana de Odontología*, 16(1), 47-53. Recuperado el 5 de enero de 2015, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16\\_1\\_01/ord07101.htm#cargo](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord07101.htm#cargo)
- Bello, A., & Machado, M. (1997). Efectos de la malnutrición fetal sobre los tejidos dentarios. *Rev Cubana Estomatol*, 34(2), 57-61.
- Bolzan, A., & Mercer, R. (2009). Seguridad alimentaria y retardo crónico del crecimiento en niños pobres del norte argentino. *Archivos argentinos de pediatría*, 107(3), 221-228. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000300008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000300008&script=sci_arttext&tlng=en)

- Bordoni, N., & Squassi, A. (2000). Prevención y tratamiento de la caries dental. *Rev Argentina Prismas*, 7247(73), 5-6.
- Buelvas, M., & Buelvas, M. (2007). Edad dental. 2007;37(354):349-56. *Rev Ped Rur Ext.*, 37(354), 349-56.
- Buono, M. I., & Durán, V. M. (2005). *Frecuencia de bruxismo en 120 pacientes de clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca*. Cuenca: Centro de Documentación Regional "Juan Bautista Vázquez".
- Buono, M. I., & Durán, V. M. (2005). *Frecuencia de bruxismo en 120 pacientes de clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca*. Cuenca: Centro de Documentación Regional "Juan Bautista Vázquez".
- Buitrago, A. M., Gómez, J. R., Salzar, S., Morón, L., Perilla, J. C., & Barreras, J. P. (2013). Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 4(10), 43-55. Recuperado el 5 de enero de 2013, de <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120/243>
- Burgueño, L. (2014). *Estudio de la erupción de los dientes temporales en una muestra de niños de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Repositorio digital de la Universidad Complutense de Madrid.
- Cabrera, A., Paz, J., Crujeiras, V., & García, M. (2014). Actualización de conceptos en relación a los trastornos eruptivos. Puesta al día. *Gaceta dental: Industria y profesiones*,(258), 136-153.
- Califano, J. (2005-2006). Periodontal diseases of children and adolescents. *Pediatr Dent*, 27, 189-96.

- Campodónico, C., Pineda, M., Chein, S., & Benavente, L. M. (2014). El estado nutricional como riesgo para desarrollar caries en niños menores de cinco años de edad. *Revista científica de Odontología Sanmarquina*, 1(7), 27-32.
- Carbó, J., & Enrique, J. (1982). Cronología del brote y secuencia de erupción dentaria en una muestra de la región central del país. *Rev Medicentro*, 3(1), 27-32.
- Castillo, J., Valenzuela, J., Vázquez, Y., & Rojas, M. (2015). Acción dual del calcio salival en enfermedad periodontal y caries dental. *ANACEO*, 1(1), 49-52. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de <http://revista.anaceo.cl/index.php/anaceo/article/view/8/9>
- Ceglia, A. (2005). Indicadores de la maduración de la edad ósea, dental y morfológica. *Rev Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.*, 1-10.
- Cepero, Z. d., Hidalgo-Gato, I., Duque de Estrada, J., & Pérez, J. A. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista Cubana de Estomatología*, 44(4), 0-0. Recuperado el 6 de enero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci_arttext)
- Céspedes, A., Mulet, A., & González, A. (2011). Estado gingival de adolescentes del consultorio La Naya. Caracas. 2010. *Revista Médica electrónica de Portales Médicos.com*, 1-17.
- Cigales, A. C., Sánchez, Z., Robaina, E. d., & García, M. (2011). Comportamiento epidemiológico de urgencia por caries dental. Policlínico Universitario 7 de Diciembre. Jagüey Grande. Septiembre-diciembre 2007. *Rev. Med. Electrón.*, 33(4), 416-422. Recuperado el 16 de enero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000400003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000400003&script=sci_arttext)

- Colectivo de autores. (2003). *Guías Prácticas clínicas de Estomatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Concepción, T., Sosa, H. P., Matos, A., & Díaz, C. (2013). Orden y cronología de brote en dentición permanente. *Rev Ciencias Médicas [online].*, 17(3), 112-122.
- Cruz, D., Collado, L., Fernández, I., & Dia, B. (2012). Factores de riesgo de maloclusiones en adultos. *Invest Medicoquir*, 4(2), 137-145. Recuperado el 8 de enero de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2012/cm-q122c.pdf>
- Cuadrado, D. B., Peña, R. E., & Gómez, J. F. (2013). El concepto de caries: hacia un tratamiento no invasivo. *Revista ADM*, 70(2), 56-60. Recuperado el 18 de enero de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od132c.pdf>
- de la Fuente, J., González, M., Ortega, M., & Sifuentes, M. (2008). Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. *Salud Pública de México*, 50(3), 235-240.
- Díaz, J. E., Pellitero, B. L., Ayala, Y., Segura, N., & Carmona, E. (2012). Maloclusiones, signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en adolescentes de la Parroquia Jusepín. Monagas. Venezuela. *Correo Científico Médico*, 16(4), 0-0. Recuperado el 5 de enero de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm124c.pdf>
- Djurisic, A., Alcedo, C., González, F., Quirós, O., Farías, M., Rondón, S., & al., e. (2007). Alteración de la secuencia de erupción entre canino y primer premolar en el maxilar inferior en pacientes de la Facultad de Odontología de la UGMA con edades comprendidas entre 9 y 11 años. . *Rev Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. , 1-6.

- Doncel, C., Vidal, M., & del Valle, M. (2011). Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. *Rev Cub Med Mil*, 40(1), 40-47.
- Escobar, M., & Rayón, M. (2014). Tratamiento ortopédico removible en un paciente con Deglución atípica e Interposición Lingual Simple. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*, 1-8. Recuperado el 18 de marzo de 2015, de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/pdf/art29.pdf>
- Franco, A., Guzmán, I., Gómez, A., & Ardila, C. (septiembre-octubre de 2010). Reemergencia de la caries dental en adolescentes. *Avances en Odontoestomatología*, 26(5), 19.
- Frenández, J., Pérez, C., & López, R. (2009). Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 7(1), 28-48.
- García de Valente, S. (2000). Alteraciones bucales en pacientes con trastornos de la alimentación. *Rev Prismas*, 7247(73), 3-4.
- García, V., Ustrell, J., & Sentís, J. (2011). Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Avances en Odontoestomatología*, 27(2), 75-84. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852011000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003)
- Gómez, T. J. (2003). Estado periodontal de adolescentes de 15 a 18 años de Canarias. . España 2003; 7(2): 23-27. *Rev. RCOE*, 7(2), 23-27.
- González, Á. M., González, B. A., & González, E. (2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr. Hosp. [online]*, 28(Supl.4), 64-71.

- González, M. C., Pérez, A., Martínez, I., García, M., & Suárez, R. (2014). Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. *Revista Médica Electrónica*, 36(4), 396-407. Recuperado el 16 de febrero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400002)
- González, M. F., Guida, G., Herrera, D., & Quirós, O. (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. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1-12. Recuperado el 16 de febrero de 2015, de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art29.pdf>
- Graziano, M. E., Correa, Y. A., Martínez, C. M., Burgos, A., Ceballos, J. I., & Sánchez, L. F. (2012). Streptococcus mutans y caries dental en América Latina. Revisión sistemática de la literatura. *Revista Nacional de Odontología*, 8(14), 32-45. Recuperado el 15 de enero de 2015, de <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/282/293#>
- Guerrero, J. (2006). *Dentición. Madrid; 2006. [Monografía en internet]. [citado: 15 ago 2009]. Disponible en:* Recuperado el 18 de Marzo de 2014, de Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/infofamilia/temas/denticion.htm>
- Hebel, E. (2012). El niño que no progresa de peso. *GASTROHNUPI*, 14(2), 55-58. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5920/1/3%20el%20niño.pdf>
- Jimenez, C., de Freitas, G., Corzo, L., & Hernandez, L. (2008). Patologías más frecuentes en cavidad bucal en niños y adolescentes malnutridos y nutridos que

asistieron al centro de atención Nutricional Infantil Antímamo durante mayo y octubre de 2008. . *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1-15.

Jimenez, C; de Freitas, G; Corzo, L; Hernandez, L. Patologías más frecuentes en cavidad bucal en niños y adolescentes malnutridos y nutridos que asistieron al centro de atención Nutricional Infantil Antímamo durante mayo y octubre de 2008. . (s.f.).

Juárez, M. L., Murrieta, J. F., & Teodosio, E. (2005). Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. *Gaceta médica de México*, 141(3), 185-189. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132005000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132005000300003&script=sci_arttext)

León, A., Terry, B., & Quintana, I. (2009). Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 47(1). Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032009000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100003)

León, J., Carvajal, Y., Pérez, N., & Rodríguez, O. (2014). Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. *MEDICIEGO*, 20(Supl 1), 0-0. Recuperado el 16 de febrero de 2015, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20\\_Supl%201\\_14/pdf/T8.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_Supl%201_14/pdf/T8.pdf)

Lourido, H. d., Martínez, G., Fleitas, D. d., & Fernández, J. (2009). Ambiente redox salival: comparación entre pacientes con enfermedad periodontal inflamatoria y pacientes periodontalmente sanos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 13(2). Recuperado el 2 de febrero de 2015, de <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/499/1038>

- Mafla, A. (2006). Adolescencia: cambios psicosociales y salud oral. *Colombia Médica On line*, 38(2), 35-42.
- Marín, G., Masson, R. M., & Permuy, S. (1998). El examen funcional en ortodoncia. *Rev Cubana Ortod*, 13(1), 37-41. Recuperado el 2 de marzo de 2015, de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13\\_1\\_98/ord06198.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13_1_98/ord06198.htm)
- Más, M., Rodríguez, G., & Rabesa, Y. (2006). Factores de riesgo en las periodontopatías de escolares. *Archivo Médico de Camagüey*, 10(5), 25-55.
- Mattos, M. A., & Melgar, R. A. (2004). Riesgo de caries dental. *Revista de Estomatología Herediana*, 14((1-2)), 101-106. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/2022/2019>
- Medina, C. (2010). Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. *Acta Odontológica Venezolana*, 48(1), 1-29. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/pdf/art9.pdf>
- Mendoza, L., Meléndez, A. F., Ortiz, R., & Fernández, A. (2014). Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 2(4), 220-227.
- Meneses, A., & Mendoza, F. V. (2007). Características cefalométricas de niños con desnutrición crónica comparados con niños en estado nutricional normal de 8 a 12 años de edad. *Revista de Estomatología Herediana*, 17(2), 63-69. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1860/1869>

- Modeer, T., & Wondimu, B. (2000). Periodontal diseases in children and adolescents. *Dent Clin North Am.*, 44, 633-58.
- Mognihan, P. (2000). The British Nutrition Foundation Oral task force report-issues relevant to dental health professionals. *Br Dent J*, 188(6), 308-12.
- Mora, C. d., Habadi, S., Apolinnare, J. J., López, R. Á., & Agüero, H. (2009). Respiración bucal: alteraciones dentomaxilofaciales asociadas a trastornos nasorespiratorios y ortopédicos. *Medisur*, 7(1), 58-64. Recuperado el 18 de marzo de 2015, de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/540/6678>
- Mora, C., López, R., & Apolinnare, J. (2009). Brote dentario y estado nutricional en niños de 5 a 13 años. *Rev Medisur*, 7(1), 1-7.
- Moreno, Y., Betancourt, J., Fernández, Z., & Solís, L. (1988). Retardo en el brote dentario en el niño de bajo peso. *Rev Cubana Ortod*, 13(2), 94-98.
- Morgado, D., & García, A. (2013). Factores de riesgo de alteraciones cronológicas de la erupción dentaria en la población del municipio Baraguá. *Mediciego*, 19(Supl.1), 1-11.
- Morón, A., Santana, Y., Pirona, M., Rivera, L., Rincón, M., & Pirela, A. (2006). Cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes en escolares Wayúu Parroquia Idelfonso Vásquez Municipio Maracaibo-Estado Zulia. *Rev Acta Odontológica Venezolana*, 44(1), 1-7.
- Morón, A., Santana, Y., Pirona, M., Rivera, L., Rincón, M., & Pirela, A. (2006). Cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes en escolares Wayúu

Parroquia Idelfonso Vásquez Municipio Maracaibo-Estado Zulia. *Rev Acta Odontológica Venezolana.*, 44(1), 1-7.

Murrieta, J. F., Cruz, P. A., López, J., Marques, M. J., & Zurita, V. (2007). Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(1), 0-0. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/maloclusiones\\_dentales.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/maloclusiones_dentales.asp)

Murrieta, J., Pacheco, N., Marques, M., Linares, C., & Meléndez, A. (1999). Estudio comparativo de dos índices gingivales. *Rev AMD, LVI*(4), 141-150.

Murrieta, P., Juárez, L., Linares, V., Zurita, M., Meléndez, O., Ávila, M., & Nava, D. (septiembre-octubre de 2008). Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 65, 54-63.

Murrieta-Pruneda, J. F., Allendelagua, R. I., Pérez, L. E., Juárez-López, L. A., Linares, C., Meléndez, A. F., & Solleiro, M. G. (2011). Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 68(1), 26-33. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462011000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462011000100004&script=sci_arttext)

Ocampo, A., Johnson, N., & Lema, M. C. (2013). Hábitos orales comunes: Revisión de literatura. Parte I. *Revista Nacional de Odontología, Edición especial*, 83-90.

Recuperado el 16 de febrero de 2015, de  
<http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/434/435#>

Orellana, T., Marengo, H., & Blasa, J. (2013). Secuencia de erupción dentaria de caninos y premolares inferiores en una muestra de niños peruanos. *Revista Científica de Odontología Sanmarquina*, 6(1), 13-16.

Orozco, J., Peralta, L., Palma, M., Pérez, R., Arroníz, P., & Llamosas, H. (2002). Prevalencia de gingivitis en adolescentes de Tlalnepantla. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 59(1), 16-21.

Ortega-Maldonado, M., Mota-Sanhua, V., & López-Vivanco, J. (2007). Estado de salud bucal en adolescentes de la Ciudad de México. *Rev. Salud Pública*, 9(3), 380-387.

Ortiz, F., Martínez, C. M., Ríos, M. d., Alvarado, M. C., & Pérez, G. (2012). Factores asociados a la disfunción temporomandibular. *Odontología actual*, 9(111), 16-22. Recuperado el 18 de marzo de 2015, de  
<http://www.uv.mx/coatza/odontologia/files/2014/08/factores-asociados-a-la-DT.pdf>

Ourens, M., Celeste, R., Hilgert, J. B., Neves, H. F., Álvarez, R., & Abegg, C. (2013). Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay. Relevamiento nacional de salud bucal 2010-2011. *Odontoestomatología*, 15(spe), 47-57. Recuperado el 5 de enero de 2015, de  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392013000200006&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392013000200006&script=sci_arttext&tlng=es)

Pellitero, B., García, B., Díaz, J., & Torres, E. (2003). Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. *Correo Científico Médico de Holguín*, 7(3), 12-15.

- Pérez, D. (2006). Prevalencia de caninos ectópicos en niños de 9 a 12 años de edad .  
*Rev Zoilo Marinello Vidaurreta de la Facultad de Ciencias Médicas de Las Tunas.*, 1-5.
- Pérez, F., Lora, Q., & Malpica, T. (2013). Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria. *Correo Científico Médico de Holguín*, 17.
- Pérez, Y., Bandera, S., Gámez, B., Granados, A., & González, T. (2012). Salud bucal en adolescentes de secundaria básica. *Revista Médica electrónica de Portales Médicos.com*, 1-2.
- Periodontology., A. A. (15 de mar de 2006). *Periodontology., American Academy of*. Recuperado el 18 de marzo de 2014, de Oral Health Information: <http://www.perio.org/consumer/children.sp.htm> #1.2006
- Pila, R., Pila, R., Holguín, V., Torres, E., & Rosales, P. (2013). Pelagra: enfermedad antigua y de actualidad. *Archivo Médico de Camaguey*, 17(3), 312-323. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552013000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300013)
- Plasencia, E., García-Izquierdo, F., & Puente-Rodríguez, M. (2005). Edad de emergencia y secuencias polimórficas de la dentición permanente en una muestra de población de Asturias. [serie en Internet]. 10(1):31-42. Disponible en: [http://scielo.i.10\(1\),31-42](http://scielo.i.10(1),31-42).
- Plasencia, E., García-Izquierdo, F., & Puente-Rodríguez, M. (2005). Edad de emergencia y secuencias polimórficas de la dentición permanente en una muestra de población de Asturias. *RCOE*, 10(1), 31-42.
- Proffit, W., & Fields, H. (2001). *Ortodoncia contemporánea teoría y práctica*. (Tercera ed.). Madrid: Ediciones Harcourt.

- Proffit, W., & Fildshw, J. (2001). *Ortodoncia contemporánea. Teoría y práctica* (Tercera ed.). Madrid: Mosby Ediciones Harcourtsa.
- Quiñones, M., Ferro, P., Felipe, S., Espinosa, L., & Rodríguez, A. (2006). Relación de afecciones bucales con el estado nutricional en escolares de primaria del municipio Bauta. *Rev Cubana Estomatol* *Cubana Estomatol [revista en la Internet]*. 2006 Mar [citado 2014 Mar 31] ; 43(1): ., 31-43.
- Quiñonez, M. E., Ferro, P. P., Valdés, H., Cevallos, J., & Rodríguez, A. (2006). Relación de afecciones bucales con el estado nutricional en escolares de primaria del municipio Bauta. *Revista Cubana de Estomatología*, 43(1), 0-0. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072006000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100004)
- Quiñónez, M. E., Rodríguez, A., González, B., & Padilla, C. (2004). Morbilidad bucal. Su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años de la Consulta de Nutrición del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana. *Revista Cubana de Estomatología*, 41(1). Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100001)
- Riesgo, Y. d., Costa, D. M., Rodríguez, S. d., Crespo, M. I., & Laffita, Y. (2010). Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre". *MEDISAN*, 14(1), 0-0. Recuperado el 5 de enero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000100001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000100001&script=sci_arttext)

- Rubio, J., Robledo, T., Llodra, J., Simón, F., Artazcoz, J., González, V., & García-Camba, J. (1997). Criterios mínimos de los estudios epidemiológicos de salud dental en escolares. *Rev Esp Salud Pública*, 71(3), 3-9.
- Rueda, M. A., Olán, L. B., Ramírez, J., Morales, M. H., Bafres, E., & Moreno, X. (2012). Diagnóstico sobre el índice de caries dental en los niños escolares del estado de Tabasco, municipio de Centro. *Horizonte sanitario*, 11(3), 17-22. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/94/55>
- Samper, H., Veitía Cabarrocas, F., Lemus Correderas, I., Morales Aguiar, D., Nazco Ríos, C., Toledo Pimentel, B., & al., e. (2006). *Compendio de parodontia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- San Miguel, A., Veliz, O. L., Escudero, R. Z., Calcines, M. E., & Ortega, L. (2011). Cronología de emergencia de la dentición permanente en niños del municipio de Santa Clara: Parte I. *Revista Cubana de Estomatología*, 208-218. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000300003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000300003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Sauhing, K. D. (jul 2014). *La posición lingual durante la deglución como factor etiológico de la maloclusión en niños de 10 a 14 años de la escuela "Jorge Villacrés Moscoso" durante el periodo 2013-2014*. Guayaquil: DSpace. Recuperado el 16 de febrero de 2015, de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/5353>
- Seguén, J., Arpízar, R., Chávez, Z., López, B., & Coureaux, L. (febrero de 2010). Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico venezolano. *MEDISAN*, 14(1), 33.

- Sosa, M., Suárez, D., Portelles, S., Boudet, R., & Mojena, D. M. (2014). Aspectos clinicoepidemiológicos de la desnutrición proteicoenergética en menores de 10 años. *MEDISAN*, 18(9), 1212-1218. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000900004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000900004)
- Spagnoli, R. (2014). *Prevalencia de caries asociado a estado nutricional e higiene oral, dentición mixta; Escuela Billiken, Guayaquil, 2014*. Guayaquil: Repositorio de la UCSG.
- Studen-Pavlovich, D., & Ranalli, D. (2006). Periodontal and soft tissue prevention strategies for adolescent dental patient. *Dent Clin North Am*, 50, 51-67.
- Taboada, A., & Medina, J. (2005). Cronología de erupción dentaria en escolares de una población indígena del estado de México.. 2005. *Rev de la Asociación Dental Mexicana*, LXII(3), 94-100.
- Taboada, O., Martínez, I., Hernández, R., & Romo, R. (2000). Secuencia de la erupción clínica de los dientes permanentes en escolares de ciudad Nezahualcóyot. *Rev PO*, 21(7), 26-9.
- Tejada, C. M., & Uribe, C. P. (1995). Alteraciones orales en niños desnutridos de dos a cinco años. *Revista CES Odontología*, 8(1), 45-49. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1521/1017>
- UNICEF, F. d. (julio de 2012). *Evaluación de crecimiento de niños y niñas. Material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud*. Obtenido de unicef.org: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion\\_24julio.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf)
- Vaillard, E., Castro, C., Carrasco, R., Espinosa, I., & Lezama, G. (2008). Correlación de peso y estatura con erupción denta. *Rev Cubana Estomatol*, 1-6.

- Varela, M. (2005). *Actitud del pediatra ante los trastornos de la erupción dentaria y el crecimiento y desarrollo craneofaciales. Curso de Actualización en Pediatría*. Madrid: Madrid Exlibris Ediciones.
- Vázquez, E., Calafell, R., Barrientos, M. d., Lin, D., Saldívar, A. H., Cruz, D. L., . . . Torres, I. A. (2011). Prevalencia de caries dental en adolescentes: Asociación con género, escolaridad materna y estatus socioeconómico familiar. *Revista CES Odontología*, 24(1), 17-22. Recuperado el 3 de enero de 2015, de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1470/965>
- Villalobos, J. J., Medina, C. E., Verdugo, L., Islas, H., García, R., Escoffié, M., & Maupomé, G. (2013). Lesiones cariosas reversibles e irreversibles en escolares mexicanos de 11 y 12 años de edad: un análisis de regresión binomial negativa. *Biomédica*, 33, 88-98. Recuperado el 6 de enero de 2015, de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n1/v33n1a11.pdf>
- Villena, R., Pachas, F., Sánchez, Y., & Carrasco, M. (2011). Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. *Revista Estomatológica Herediana*, 21(2), 79-86. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552011000100004&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552011000100004&script=sci_arttext)
- WHO. (2012). *World Health Organization*. Obtenido de Disponible en [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/)
- WHO. (2013). *Oral health surveys. Basic Methods*. Geneva: WHO. Recuperado el 17 de diciembre de 2014, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97035/1/9789241548649\\_eng.pdf?ua=](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97035/1/9789241548649_eng.pdf?ua=)

Zuñiga-Manriquez, A., Medina-Solís, C., Lara-Carrillo, E., Márquez-Corona, M., Robles-Bermeo, N., Scougall-Vilchis, R., & Maupomé, G. (2013). Experiencia, prevalencia y severidad de caries dental asociada con el estado nutricional en infantes mexicanos de 17 a 47 meses de edad. *Rev Invest Clin*(65), 228-36.

## **ANEXOS.**

Anexo N° 1.

### MATRIZ DE OPERAZCIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Descripción	Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	Según años cumplidos hasta el momento del estudio	Años	Media, moda, desviación estándar
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Según el sexo biológico al que pertenece ya sea femenino o masculino	Femenino Masculino	Número absoluto y porcentaje
Succión digital	Cualitativa nominal dicotómica	Se refiere a hábitos de succión digital evaluado por observación directa del hábito o signos indirectos en los dedos y entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta hábitos deformantes</li> <li>• No presenta hábitos deformantes</li> </ul>	Número absoluto y porcentaje
Morder objetos	Cualitativa nominal dicotómica	Se refiere a hábitos de morder objetos (plumas, lápices, pircings, etc.) evaluado por observación directa del hábito o inspección de los útiles escolares y entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta hábitos deformantes</li> <li>• No presenta hábitos deformantes</li> </ul>	Número absoluto y porcentaje

Morder las uñas	Cualitativa nominal dicotómica	Se refiere a hábitos de morderse las uñas, evaluado por la observación directa del hábito o signos indirectos en las uñas y entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta hábitos deformantes</li> <li>• No presenta hábitos deformantes</li> </ul>	Número absoluto y por ciento
Interposición lingual	Cualitativa nominal dicotómica	Se refiere a hábitos de interposición lingual en reposo, en deglución y fonarticulación evaluado en la inspección clínica y entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta hábitos deformantes</li> <li>• No presenta hábitos deformantes</li> </ul>	Número absoluto y por ciento
Respiración bucal	Cualitativa nominal dicotómica	Se refiere a hábitos de respiración bucal evaluado por inspección directa y entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta hábitos deformantes</li> <li>• No presenta hábitos deformantes</li> </ul>	Número absoluto y por ciento
Succión labial y queilofagia	Cualitativa nominal dicotómica	Se refiere a hábitos de succión o mordedura de los labios por observación directa del hábito o signos de irritación labial y entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta hábitos deformantes</li> <li>• No presenta hábitos deformantes</li> </ul>	Número absoluto y por ciento

Bruxismo	Cualitativa nominal dicotómica	Se refiere a hábitos frotar los dientes se evaluó por observación directa, facetas de desgaste de las superficies libres de los dientes y entrevista	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presenta hábitos deformantes</li><li>• No presenta hábitos deformantes</li></ul>	Número absoluto y porcentaje
----------	--------------------------------	--	--	------------------------------

Anexo N° 2:

## PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante, \_\_\_\_\_

Con CI \_\_\_\_\_ y como representante legal del menor \_\_\_\_\_, accedo a que forme parte del estudio titulado: “Salud bucal en adolescentes del Colegio Nacional de Portoviejo en el periodo noviembre-diciembre de 2014”

El investigador del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio y que puedo retirar libremente a mi representado. He tenido la oportunidad de hacer al investigador preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Accedo a que mi representado coopere con el investigador y estoy de acuerdo con que sus datos personales y médicos, derivados de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados del autor de la investigación.

Su identidad no será revelada en ningún momento y la información será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada por el investigador participante. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Nombre y firma del investigador:

Nombre y firma del representante

\_\_\_\_\_  
Jonathan Tomás Holguín Macías

Anexo N° 3:

## ENCUESTA



Cuestionario de preguntas para la realización de la tesis de grado del egresado Jonathan Tomás Holguín Macías previo a la obtención del título de odontólogo con el tema: **“Afecciones bucales y hábitos deformantes en adolescentes del Colegio Nacional Portoviejo en el período 2014 – 2015”**.

### ¿Succiona usted uno o más dedos de su mano?

Siempre ( )

A veces ( )

Nunca ( )

### ¿Marque con una X si usted muerde alguno de los siguientes objetos duros?

Plumas ( )

Piercings ( )

Lápices ( )

Otros ( )

### ¿Muerde o come usted sus uñas?

Siempre ( )

A veces ( )

Nunca ( )

### ¿Marque con una X si usted tiene alguno de los siguientes hábitos?

Empuja los dientes con la lengua ( )

Succiona usted sus labios ( )

Rechina usted sus dientes de manera voluntaria ( )

Otro que no haya sido mencionado en esta encuesta ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

### ¿Le han dicho que ronca usted por las noches?

Siempre ( )

A veces ( )

Nunca ( )

Anexo N° 4:

### FICHA DE OBSERVACIÓN ODONTOLÓGICA.

Al examen físico se evaluó.

	Presente	Ausente
<b>Succión digital</b>		
Callosidades en los dedos		
Irritación de la piel inferior del labio		
Arco expandido en la zona anterior		
Protrusión de los incisivos superiores		
Retroinclinación de los incisivos inferiores		
Mordida abierta anterior		
Mordida cruzada posterior		
Protagonista alveolar superior		
<b>Respiración bucal</b>		
Paladar alto u ojival		
Retrognatismo mandibular		
Labio superior corto e hipotónico		
Labio inferior hipertónico		
Labios agrietados y reseco		
Mordida cruzada posterior		
Paladar profundo y estrecho		
Vestibuloverción de los IS		
Linguoverción de incisivos inferiores		
Linguoverción de dientes posterosuperiores		
<b>Interposición lingual</b>		
En reposo: estando los niños sentados se separaron sus labios y la lengua se encontraba interpuesta entre las dos arcadas		
En deglución: al hacer tragar saliva al niño y sin que separe sus dientes, se separaron sus labios y la lengua se encontraba entre ambas arcadas		
Interposición en fonoarticulación de los fonemas D, S, T.		
<b>Onicofagia</b>		
Desaparición del borde libre de la uña y esta se sumerge en el lecho ungueal		
<b>Morder objetos</b>		
Útiles escolares mordidos		
<b>Queilofagia</b>		
Irritación de la piel inferior y comisuras labiales		
<b>Bruxismo</b>		
Facetas de desgaste en los dientes		

Anexo N° 5:

## ACTA DE COMPROMISO



### Carrera de Odontología

En el cantón Portoviejo, en las instalaciones de la prestigiosa Unidad Educativa Fiscal Portoviejo, a los 20 días del mes de junio del año en 2015, el Lcdo. Mg. José Pico Barreiro, en calidad de máxima autoridad procede a firmar la presente acta de compromiso, hecho que ratifica la responsabilidad de continuar con las charlas impartidas en la investigación sobre: “Hábitos bucales en adolescentes de 12 años de edad de la Unidad Educativa Fiscal Portoviejo”.

Resultando como beneficiarios directos los estudiantes adolescentes de 12 años de la unidad en mención e indirectamente el personal docente y docente de la institución, puesto que adquirir conocimientos a través de charlas les brindara oportunamente las herramientas necesarias para adoptar medidas preventivas y acciones más idóneas que permitan alcanzar una óptima salud oral mejorando satisfactoriamente su estilo de vida.

Por todo lo expuesto reitero mi compromiso y responsabilidad.

Jonathan Holguín Macías

TESISTA.

Lcdo. Mg. José Pico Barreiro

Rector de la Unidad Educativa Fiscal

Portoviejo.

Anexo N° 6:



Gráfico N° 1: Foto tomada por el auxiliar del autor de la tesis.



Gráfico N° 2: Foto tomada por el auxiliar del autor de la tesis.



Gráfico N° 3: Foto tomada por el auxiliar del autor de la tesis.



Gráfico N° 4: Foto tomada por el auxiliar del autor de la tesis.



Gráfico N° 5: Foto tomada por el auxiliar del autor de la tesis.



Gráfico N° 6: Foto tomada por el autor de la tesis.