



**UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO**

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGO

TEMA:

**“DESARMONÍA DENTOFACIAL Y SU INFLUENCIA EN LA
AUTOESTIMA EN LOS ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE
LA ESCUELA BLANCA CUADROS”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTOR:

PATRICIA CEDEÑO SÁNCHEZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. KATIUSKA BRIONES SOLÓRZANO

**PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR
2012**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

DESARMONÍA DENTOFACIAL Y SU INFLUENCIA EN LA AUTOESTIMA DE LOS ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA BLANCA CUADROS.

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

APROBADA

Dra. Ángela Murillo Amaché
PRESIDENTA

Dra. Katuska Briones S.
DIRECTORA DE TESIS

Dr. Cesar Burgos Moran

Bernardita Navarrete

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Julia Morales Loor
SECRETARIA ACADÉMICA

Certificación

Dra. Katuska Briones Solórzano, Certifica que la Tesis de Investigación Titulada “Desarmonía Dentofacial y su Influencia en la Autoestima de los escolares de 9 a 12años de la Escuela Blanca Cuadros”, es original de la señorita Patricia Cedeño, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....
Dra. Katuska Briones Solórzano
DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIA

A **DIOS**, que con su infinito amor y bendiciones, ilumina cada segundo de mi vida, enseñándome el camino del bien, **Gracias** por permitirme finalizar una etapa de más vida.

A **MI MADRE** quien me ha brindado su apoyo incondicionalmente, el ser mas especial en mi vida, ella que ha estado en los buenos en los malos y en los peores momentos, ofreciéndome siempre un consejo mas que como madre como amiga, has sabido guiarme siempre hacia las cosas buenas, me has enseñado que la humildad y la sinceridad son los dones mas grandes que se pueden poseer, con amor por ser los mas grande que tengo en la vida. **A MI HERMANO**, que me dio la fortaleza necesaria la voluntad e infinito apoyo para caminar erguida y con el deseo de volar cada vez más alto.

A toda mi **FAMILIA**, por estar siempre pendiente de mí, por ser los más especiales que tengo en la vida. **LOS AMO**

A **TODOS** los que me ayudaron de una u otra manera para la culminación de mi tesis y de mi carrera profesional.

PATRICIA.

AGRADECIMIENTO

A **Dios** por ser la guía en mi camino quien me dio la fe, la salud y la esperanza para terminar este trabajo, por darme la fortaleza que necesitaba para no doblegar en los momentos difíciles que se presentaron durante los estudios.

A **Mis Padres** por su amor y esfuerzo, por ser mi apoyo fundamental

A **Mi Hermano** por sus risas, juegos y estar siempre incondicional cuando lo necesite en esos momentos difíciles de la carrera y en cada momento de mi vida.

A **Mi Novio** por haberme apoyado en algunos momentos difíciles cuando sentí desmayar por toda la paciencia que siempre me ha tenido y ser especial en mi vida.

A mis amigas **Roxana Mieles y Jessica Mendoza** por acompañarme y ayudarme cuando más lo necesitaba.

PATRICIA

INTRODUCCIÓN

Los dientes sanos y alineados junto a una sonrisa atractiva, juegan un importante rol social, siendo un atributo para toda la vida, representan juventud, dinamismo, éxito, mayor autoestima y seguridad, a la vez representan una especie de carta de presentación óptica, que crea una mejor impresión inicial al conocer nuevas personas. Por otra parte, los dientes desalineados y poco atractivos pueden generar personalidades cohibidas y tímidas e incluso contribuir a depresiones en aquellas personas predispuestas a esta condición.

Uno de los principales problemas que aquejan a más del 50% de los escolares es la presencia de maloclusiones causada por la pérdida prematura de sus piezas dentarias temporales que se traducen en la reducción de espacio para sus dientes permanentes los que requieren en lo posterior que se les realice algún tratamiento de ortodoncia , existiendo muchos adultos que sufren de maloclusiones, ya que en el pasado los tratamientos de ortodoncia no estaban al alcance de las distintas poblaciones que por desconocimiento o por falta de recursos económicos de muchos no se realizaban en la forma correcta.

La mal oclusión y la deformidad dentofacial representan desviaciones en el proceso normal de desarrollo de cada individuo, la que debe valorarse frente a una perspectiva de desarrollo normal. La ortodoncia clínica debe de basarse no solo en conocimiento del desarrollo dental, si no en conceptos mas generales sobre el crecimiento físico y el desarrollo fisiológico y psicosocial.

ÍNDICE

Introducción	i
CAPITULO I	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN	2
CAPITULO II	3
2.1. JUSTIFICACIÓN	3
CAPITULO III	5
3.1 OBJETIVOS GENERAL	5
3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
CAPITULO IV	6
4.1 HIPÓTESIS	6
CAPITULO V	7
5. MARCO TEÓRICO	7
5.1. DESARMONÍA DENTOFACIAL	7
5.1.1 DENTICIÓN TEMPORAL	8
5.1.1.1 DEFINICIÓN	8

5.1.1.2 CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LA DENTICIÓN TEMPORAL	9
5.1.1.3. PÉRDIDA PREMATURA DEL PRIMER MOLAR TEMPORAL	10
5.1.1.4. IMPORTANCIA DE LA DENTICIÓN TEMPORAL	11
5.1.2 DENTICIÓN PERMANENTE	12
5.1.2.1 DEFINICIÓN	12
5.1.2.2 Arcada superior	12
5.1.2.3 Arcada dentaria inferior	13
5.1.2.4 Tipos de anomalías dentales	13
5.1.1.3. IMPORTANCIA DE LA DENTICIÓN PERMANENTE	14
5.1.1.3.1 En la estética	14
5.1.1.3.2. Pérdida prematura del primer molar permanente	15
5.1.4. Factores que afectan la velocidad de erupción	17
5.1.5. Apiñamiento	18
5.1.5.1 Tipos de apiñamiento	19
5.1.5.2 Efectos	19
5.1.6. Tipos de maloclusión	20

5.1.7 Causas de la desarmonía dentofacial	21
5.1.7.1 Pérdida de espacio	21
5.1.7.2 Hábitos orales	22
5.1.7.2.1 Desarrollo de los hábitos en los niños	22
5.1.7.2.2 Succión digital	23
5.1.7.2.3 Deglución atípica	23
5.1.7.2.4 Respiración oral	24
5.1.7.2.5 Onicofagia	24
5.1.8 Prevención de la desarmonía dentofacial	25
5.1.8.1 Evitar extracciones prematuras	25
5.1.8.2 Visita al odontólogo	26
5.3. AUTOESTIMA	27
5.3.1 Niveles de autoestima	32
5.3.1.1 Alta	32
5.3.1.2 Baja	33
5.3.2. ESCALERA DE LA AUTOESTIMA	34
5.3.2.1 AUTOCONOCIMIENTO	34

5.3.3.2 AUTOCONCEPTO	34
5.3.3.3 Autoevaluación	36
5.3.3.4 Auto aceptación	36
5.3.3.5 Autorrespeto	37
5.3.4. Aspectos de la autoestima	37
5.3.4.1 Vinculación	37
5.3.4.2 Singularidad	38
5.3.4.3 Poder	38
5.3.4.4 Pautas	38
CAPÍTULO VI	39
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
6.1 MÉTODOS	39
6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	39
6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACION	39
6.2. TECNICAS	40
6.3. INSTRUMENTOS	40
6.4. RECURSOS	40

6.4.1. MATERIALES	40
6.4.2. TALENTO HUMANO	41
6.4.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS	41
6.4.4 RECURSOS ECONÓMICOS	41
6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	42
6.5.1 POBLACIÓN	42
6.5.2 MUESTRA	42
6.5.3 TIPO DE MUESTREO	42
7.4. CONCLUSIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXOS	

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA BLANCA CUADROS DEL SITIO VALDEZ DEL CANTÓN ROCAFUERTE

GRAFICUADRO N° 1	43
GRAFICUADRO N °2	45
GRAFICUADRO N ° 3	47
GRAFICUADRO N ° 4	49
GRAFICUADRO N°5	51
GRAFICUADRO N° 6	53
GRAFICUADRO N° 7	55
GRAFICUADRO N° 8	58
GRAFRICUADRO N° 9	60
GRAFICUADRO N° 10	62

7.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS REALIZADAS A LOS ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA BLANCA CUADROS DEL SITIO VALDEZ DEL CANTÓN ROCAFUERTE

GRAFICUADRO N° 1	64
GRAFICUADRO N° 2	66
GRAFICUADRO N°3	68
GRAFICUADRO N° 4	70
GRAFICUADRO N° 5	72
GRAFICUADRO N ° 6	74
GRAFICUADRO N° 7	76
GRAFICUADRO N ° 8	78
GRAFICUADRO # 9	80

7.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEL
TEST DE AUTOESTIMA A LOS ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA
BLANCA CUADROS DEL SITIO VALDEZ DEL CANTÓN ROCAFUERTE

GRAFICUADRO N° 11

82

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desarrollar una sonrisa placentera es una aventura artística. El odontólogo debe refinar su percepción y permitir el desarrollo de sentimientos individuales a un criterio objetivo. La estética es un fenómeno del intelecto que engendra una emoción que implica una connotación de placentero o no placentero. De hecho los efectos psicológicos positivos de mejorar la apariencia, generalmente, contribuyen a una mejor autoimagen y una autoestima fortalecida.

Cada día es mayor el interés de los pacientes en mejorar la apariencia de su sonrisa y con ello lograr una mayor confianza en la comunicación con sus semejantes. Esto se debe a la influencia de los medios de comunicación social, que han impuesto patrones que generan cambios en la conciencia estética de las personas, donde se identifica el éxito personal, con aquellos individuos que presentan una sonrisa bella y placentera.

En los últimos años se ha aceptado que el equilibrio psicológico y emocional influye en el estado de la salud física. Es alarmante y preocupante aceptar que un porcentaje de niños que padecen desarmonía dentofacial presenta baja autoestima.

A nivel nacional en Ecuador existe un 20% de baja autoestima. Esto se debe a los obstáculos interfamiliares que existen y a la mal posición dentaria, lo que

lleva a los inconvenientes en el desarrollo con la sociedad. Por este motivo es importante tratar el problema de mal posición dentaria y su influencia en la autoestima en los estudiantes de la escuela Blanca Cuadros para el desarrollo de la investigación ya que podría seguir afectado a los niños y su desarrollo.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), las mal oclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Latinoamérica no es la excepción, porque también tiene una situación preocupante, con altos niveles de incidencia y prevalencia de mal oclusiones que superan el 85% de la población.

Sufrir de mal oclusión causa problemas en el desarrollo facial y craneal, altera no sólo la relación normal de los dientes entre si y de los maxilares; sino que cambia todas las funciones asociadas con el sistema estomatognático como son: La masticación, deglución, fonación, respiración, además de los efectos sobre autoimagen y autoestima por la apariencia física.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la Desarmonía Dentofacial en la autoestima de los niños de 9 a 12 años de la Escuela Blanca Cuadros?

CAPITULO II

2.1 JUSTIFICACIÓN

La mal posición dentaria es causante de varios problemas entre los cuales están caries por el empaque de comida al no haber acceso fácil para el cepillado, gingivitis con sangrado espontáneo en la encía, estéticamente crea un gran problema, y por ultimo pero no menos importante problemas de autoestima. La mal posición dentaria es un factor importante que influye en la autoestima, por lo que es conveniente investigar en resultados reales el porcentaje de este problema, con la finalidad de poder ayudar a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros, ya que nunca se ha realizado investigaciones de este tipo.

En la actualidad los niños desde que empieza su etapa escolar comienzan a sentir la necesidad de verse bien, y es justo cuando inicia el cambio de piezas temporarias a dentición mixta, es en este momento que se requiere del conocimiento sobre la importancia de la avulsión de cada pieza temporaria, que no debe ser, antes, ni después de la edad que corresponda, ya que es el principio del inconveniente de mal posición dentaria, provocando en los niños cambios en su autoestima.

Se aportará a los escolares y padres de familia de la Escuela Blanca Cuadros dando a conocer la importancia y los diversos factores que pueden influir en la

mal posición dentaria y ello en la autoestima, si se logra desarrollar una propuesta, tendrá un impacto favorable para los escolares, al ayudarlos a valorarse y tener una autoestima que les ayude a futuro a desenvolverse con seguridad.

Esta investigación aportará a la ciencia de la salud, la rama de odontología, ortodoncia, psicología y oclusión como especialidades y beneficiara a quienes investiguen porque ayudará a reforzar los conocimientos al investigar sobre el tema. Se podrá realizar la investigación ya que la factibilidad lo permite por el apoyo brindado de parte de las autoridades de la escuela Blanca Cuadro al tema ya que nos permitirá evaluar y diagnosticar a los niños que presenten dicho problema, la colaboración de los niños y sobre todo, la existencia de recursos para poder desarrollar el tema al existir bibliografía suficiente y poder así obtener los mejores resultados.

Gracias a la investigación tendré la satisfacción de que los problemas que ocasionan el descuido de la salud oral y las consecuencias de ello serán de conocimiento de los padres de familia y escolares, gracias a las charlas dadas y que seguirán impartándose por medio del área de odontología del Subcentro de Valdez.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y la desarmonía dentofacial que presentan los escolares.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar la existencia de hábitos orales para relacionarlo con las alteraciones de la estética.
- ✓ Analizar el tipo de oclusión de los escolares causada por la pérdida prematura de piezas temporales.
- ✓ Caracterizar el tipo de autoestima de los escolares y relacionarlo con las alteraciones dentofaciales.
- ✓ Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema.

CAPITULO IV

4. HIPÓTESIS

La Desarmonía Dentofacial influye significativamente en la autoestima de los escolares.

CAPITULO V

5 MARCO TEÓRICO

5.1. Desarmonía Dentofacial

La mal oclusión y la deformidad dentofacial representan desviaciones en el proceso normal de desarrollo, por lo que deben valorarse frente a una perspectiva de desarrollo normal. La ortodoncia clínica debe basarse no solo en un conocimiento del desarrollo dental, sino en conceptos más generales sobre el crecimiento físico y el desarrollo fisiológico y psicosocial. El interés actual por la salud oral no se centra tan solo en las medidas terapéuticas, sino también en las preventivas y estéticas. Este aspecto suele ser motivo de inquietud y consulta por parte de los padres, al observar anomalías estéticas en la dentición, causadas por una incorrecta alineación de los dientes en las arcadas, provocando lo que en términos odontológicos llamamos maloclusión.¹

Las deformidades dentofaciales son muy frecuentes, entre 8 a 12 % de la población mundial presenta algún tipo de desequilibrio relacionado con los dientes y el rostro, es decir, padecen de desarmonías dentofaciales (D.D.), estas las podemos definir como las alteraciones que afectan tanto a los dientes (dentó) como a la cara (facial)²

Desarmonía dentofacial puede ser cualquier condición en la que existe una maloclusión dentaria (mordida anormal) o cuando la apariencia facial está gravemente afectada. Su origen es desconocido y se han propuesto diversas

WILLIAM¹ Proffit R, *Ortodoncia Contemporánea*.. Barcelona – España. Editorial Elsevier.(2008):4ta Edición
Pag.25

² <http://www.maxilofacialmonterrey.com>

hipótesis que van desde la causa genética hasta la influencia de factores medioambientales.³

5.1.1 Dentición Temporal.

5.1.1.1 Definición

La dentición temporal, de leche, de recambio, decidua o primera, constituida por 20 piezas dentarias, no contiene premolares. Estos dientes se caracterizan por tener menor tamaño que los definitivos y un color más blanco, de “leche”, siendo sus raíces más largas y delgadas para albergar entre ellas al germen de los definitivos. La caída de los dientes temporales se produce como consecuencia de la progresiva reabsorción de sus raíces por los osteoclastos, como consecuencia, entre otros factores, de la presión ejercida por el germen del diente permanente. De ahí la creencia, aun extendida entre parte de la población, de que los dientes temporales no tienen raíz.⁴

La serie de dientes comienza su erupción alrededor de los seis a siete meses de edad y se completa, aproximadamente, a los tres años. Cuando se inicia la erupción, el niño puede experimentar molestias por la irritación local de la mucosa, aumento de salivación y tiene necesidad de llevarse a la boca objetos para calmarse provocando el roce con la mucosa. La dentición primaria completa en oclusión determina un circuito integrado de reflejos neuromusculares que estimulan el desarrollo maxilar y mandibular y por tanto, el crecimiento de la articulación temporomandibular. La formación de los elementos dentarios acompaña tanto, a las diferentes etapas del desarrollo y

³ <http://www.dentalalameda.es>

⁴ MARÍA Jimenez Romera, *Odontopediatría en atención primaria*, España :Editorial Vértice,2008, pág. 125

crecimiento craneofacial y oclusal, desde el periodo intrauterino hasta la erupción completa de la dentición permanente.⁵

5.1.1.2 Causas de la pérdida prematura de La Dentición Temporal

Existen múltiples razones por las cuáles se pueden perder estos dientes pero las más frecuentes son:

- Enfermedades tales como: caries dental, periodontitis (periodontosis, periodontitis juvenil), resorciones radiculares atípicas.
- Involuntarias, más del 50% de los traumatismos se observan en cabeza y cuello (caídas, accidentes automovilísticos), que afecta los dientes anterosuperiores más frecuentemente.
- Intencionales las cuáles son: lesiones personales culposas, eventos de hechos dolorosos, fenómenos de maltrato (violencia intrafamiliar), actividades deportivas, asaltos, riñas.
- Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizólisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada.
- Alteraciones congénitas, donde los dientes se presentan con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas.

⁵ MARIA Gomez De Ferraris, Histología, *Embriología E Ingeniería Tisular*, Colombia, Editorial Medica Panamericana, 2008, Pag 394

- Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces.
- Por impericia del profesional o del estudiante de odontología.⁶

5.1.1.3 Pérdida prematura del primer molar temporal

La pérdida de un molar primario en una etapa muy temprana retrasa la erupción del diente permanente. Mientras que, la pérdida prematura de un primer molar deciduo en una etapa tardía acelera la erupción del permanente y hace innecesaria la conservación de espacio. Un método exacto para evaluar la erupción retrasada o apresurada es examinar el grado de desarrollo radicular y el hueso alveolar que cubre el diente permanente que no ha brotado, por medio de radiografías panorámicas o periapicales.

La pérdida prematura de los molares deciduos es un factor etiológico local de maloclusión, manteniéndose además una simetría. La pérdida del segundo molar deciduo, provocará la mesialización del primer molar definitivo, ocupando el espacio reservado para el segundo premolar, el cual erupcionará generalmente por lingual a su posición habitual y presentando además problemas en la posición final del molar superior, ya que al no poder fijar su posición con su antagonista, puede quedar desviado de su posición de referencia final. La mesialización de los dientes posteriores, no solo se produce

⁶ HARFIN Ureña, *Ortodoncia Lingual*, Buenos Aires – Argentina: Editorial Medica Panamericana, 2010, pág. 69

por la pérdida dental prematura, ésta también es producida por la presencia de caries interproximal.

5.1.1.4. Importancia de la dentición temporal

La dentición temporal es importante en sí misma y para el futuro de la dentición definitiva. Aparte de la función propia de todo diente, que desempeña durante unos años, mientras son sustituidos por los dientes definitivos, su permanencia en boca es crucial para el correcto crecimiento de la dentición definitiva. Los dientes temporales son fundamentales para la masticación de los alimentos, el desarrollo del lenguaje, la estética facial y la conservación del espacio para la erupción de los dientes permanentes; hay que tener un especial cuidado con la dieta y la ingesta de alimentos de dulces, específicamente los duros o pegajosos que al morderlos dejan una capa gruesa y difícil de remover que puede iniciar la desmineralización de la superficie dental y penetrar en las fosas y fisuras de los molares produciendo caries.

La pérdida prematura de los dientes temporales produce alteraciones en el desarrollo óseo, maloclusiones, pérdida del espacio necesario para que el diente definitivo pueda surgir, entre otros. Se debe procurar que los dientes se mantengan en boca el máximo tiempo posible, y si es necesario extraerlos por infección o cualquier motivo, habrá que tomar las medidas preventivas ortodóncicas necesarias para que no se pierda el espacio en la arcada por el desplazamiento de las piezas dentales adyacentes.⁷

⁷ //www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp

5.1.2 Dentición permanente

5.1.2.1 Definición

Inician su aparición en la cavidad bucal alrededor de los seis años, son 32 dientes en total, 8 en cada cuadrante. Son los elementos que remplazan a los deciduos a partir de los 6 años se completa su erupción aproximadamente entre los 17 a los 21 años de edad. Estos no son remplazados y su pérdida es definitiva, de ahí la importancia de mantenerlos sanos. Se debe evaluar la vía de erupción de dientes permanentes, especialmente caninos superiores, inferiores, segundo bicúspides inferiores, centrales y laterales superiores, segundos y terceros molares. Es importante tener en cuenta como es el patrón de erupción normal para cada uno de los dientes y así poder determinar si existe alguna alteración.⁸

5.1.2.2 Arcada superior

Incisivo central y lateral 7 – 8 años

Canino 12 - 13 años

Primer premolar 10-11 años

Segundo premolar 11-12 años

Primer molar 6-7

⁸ LUIS Guillermo Duque, *Semiología Médica Integral*, Colombia, Editorial Universidad de Antioquia, 2006, Pág. 288

Segundo molar 12-14

Tercer molar 13-25

5.1.2.3 Arcada dentaria inferior

Incisivo central 7-8 años

Incisivo lateral 8 -9 años

Canino 10-13

Primer Premolar 10 -11

Segundo premolar 11-12

Primer molar 6-7

Segundo molar 12 –16

Tercer molar 13 – 25.⁹

5.1.2.4 Tipos de anomalías dentales

Anomalía de número.- Se valoran las anomalías de número como: oblicuas, hipodoncias o anodoncias; dientes supernumerarios; odontomas y raíces supernumerarias. Para establecer si un diente está o no ausente, se debe tener en cuenta el momento en que dicho diente se forma y se calcifica.

⁹ JOSÉ LUIS Velayos, *Anatomía de la cabeza para odontólogos*, España- Madrid, Editorial Médica Panamericana. 2007, pág. 123

Anomalía de tamaño.- Dentro de esta anomalía están la germinación y la fusión.

Anomalía de forma.- Dentro de esta anomalía se encuentra: las alteraciones de la estructura del esmalte: amelogenesis imperfecta, displasia de dentina. Las alteraciones de esmalte y dentina dan como resultado una odontogénesis imperfecta. Por último están las alteraciones de cemento como la concrecencia, la hipofosfatasa, entre otras.

Anomalías de posición.-Se incluyen todas las mal posiciones individuales de los dientes, tanto en el plano vertical (intrusiones y extrusiones) como horizontal (giroversiones). Igualmente, se describe la presencia de erupciones ectópicas (dientes que han erupcionado en un sitio diferente al normal. La giroversión es la consecuencia de un patrón eruptivo anómalo o deficiente. El diente va a erupcionar, pero no se posicionará correctamente dentro de la arcada, no se va a alinear, la alteración puede ser en sentido vestíbulo lingual o mesio distal¹⁰

5.1.1.3. Importancia de la Dentición Permanente

5.1.1.3.1 En la estética

Los dientes confieren unas características estéticas evidentes a la cara, considerados como entes aislados y como partes del conjunto de las arcadas. En ello intervienen aspectos como su color, su forma, su posición, pudiéndose incluso establecer una gradación en orden de importancia para diferenciar entre valores más o menos subjetivos y con repercusiones más o menos locales. Así por ejemplo, son relevantes los caninos bien por su color, bien por ser los dientes que definen la curvatura entre los segmentos anterior y lateral de la arcada, o bien porque su poderosa raíz se manifiesta en el maxilar superior en la eminencia canina, dando volumen al tercio inferior de la cara en lugar del marcado hundimiento que se produce en su ausencia. No obstante, puede ser más importante su función estética, considerada conjuntamente con el resto de elementos que conforman al aparato estomatognático. La cavidad oral por si sola representa todo el

¹⁰ PAOLA MARÍA Botero, *Manual para la realización de historias clínica odontológica del escolar*, Colombia, Editorial Educc, 2007, Pág. 58

tercio inferior de la cara, por lo que la posición de los dientes en las arcadas y la relación entre ellas será el elemento fundamental.¹¹

Los dientes sirven principalmente para masticar los alimentos, pero también forman parte del aspecto de la cara y de la expresión de las emociones y son muy útiles para hablar normalmente, lo que permite tener seguridad del aspecto facial que se tiene, en los niños es muy importante ya que es la etapa que se empieza a formar su valoración de sí mismo y esto dependerá mucho del cuidado que tenga con su dentición ya que de ello dependerá su buena estética y autoestima.¹²

5.1.1.3.2. Pérdida prematura del primer molar permanente

Los primeros molares permanentes son las estructuras dentarias más susceptibles a la caries dental. La caries dental permanece como la afección crónica aislada más común de la infancia. Es una enfermedad infecciosa, transmisible, adquirida por la mayoría de los niños a través de sus madres o familiares, por transmisión salival directa, ya que en la flora cariogénica de esta se incluyen varios tipos de bacterias. Los dientes que están afectados por el deterioro (caries o cavidades) necesitan una obturación. Los avances en materiales y técnicas dentales proporcionan métodos nuevos y eficaces para restaurar los dientes

¹¹ CARLOS Nieto Suarez, *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de la Cabeza y Cuello*, España – Madrid: Editorial Medica Panamericana, 2008, pág. 227

¹² <http://www.aepap.org/familia/denticion>.

El primer molar permanente es una de las estructuras dentarias más importantes para el desarrollo de una oclusión fisiológica y adecuada función masticatoria. Con la pérdida del primer molar permanente se desarrollará una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes que se encuentran anteriores al espacio pueden presentar movimientos, inclusive los incisivos laterales y centrales del mismo lado que se produjo la ausencia. También con la pérdida prematura del primer molar permanente se producen trastornos periodontales por trauma durante la masticación ya sea por empaquetamiento de alimentos como por contactos oclusales traumáticos.¹³

La caries dental es el principal problema de salud bucal en las poblaciones y se presenta desde los primeros años de vida en muchos países industrializados y no Industrializados, como una enfermedad que alcanza grados variables de severidad, con consecuencias negativas para la salud. En la niñez está asociada con dificultades en el desarrollo del lenguaje y problemas psicológicos relacionados con la autoestima del niño. Produce pérdida temprana de dientes, pérdida de espacio que afecta el desarrollo de los arcos, colapso del crecimiento de los maxilares e infecciones que pueden progresar hasta la osteomielitis. Todos estos problemas locales tienen alta relación con otros problemas sistémicos entre los que se cuenta como el más importante la desnutrición o malnutrición infantil. Desde el punto de vista epidemiológico se

¹³ ASCENSIÓN Cárdenas Palma., *Técnicas de Ayuda Odontológica*, Madrid – España, Editorial Paraninfo, 2007, pag.69

sabe además que la distribución de la caries dental no es uniforme en las poblaciones; las curvas de población en función del CPO-D (índice de dientes cariados, obturados y perdidos) muestran que un 25% de los niños y adolescentes tienen alrededor del 80% de las lesiones de caries, lo cual sugiere la existencia de factores que van más allá de lo biológico.¹⁴

5.1.4. Factores que afectan la velocidad de erupción

El sexo

La erupción ocurre más tempranamente en niñas que en varones, lo cual puede estar relacionado con factores hormonales que afecten la erupción, la maduración más temprana en niñas va paralela con la erupción acelerada de los dientes y especialmente con su evolución, más que del crecimiento somático.

Factores ambientales

Los factores ambientales afectan hasta cierto grado y en diferentes direcciones ciertas características del desarrollo en el mismo organismo o en individuos genotípicamente similares.

Condiciones socioeconómicas

Los factores socioeconómicos se relaciona con la erupción, pudiéndose observar retrasos en la erupción en las clases más bajas¹⁵

¹⁴ Herrera Joaquín.(2007): Atención Farmacéutica en Pediatría: España: Editorial Elsevier: pág. 181 - 183

¹⁵ PERPIÑÁN Sonsoles, *Atención Temprana y Familia*, Madrid – España, Editorial Narcea, 2009

5.1.5. Apiñamiento

Los dientes pueden presentarse rotados, por dentro o por fuera de la arcada, aparcados (en doble fila), por arriba o por debajo del nivel de sus dientes vecinos. Estos problemas, ya sean heredados o adquiridos, no solo afectan el alineamiento de los dientes, sino también la apariencia facial. El problema de apiñamiento, ya sea heredado o adquirido, no solo afecta el alineamiento de los dientes, sino también la apariencia facial¹⁶

Causas

Por una parte influyen los antecedentes familiares. Así, el hecho de que los padres tuviesen los dientes apiñados hace que el niño tenga más probabilidad de sufrirlo. Además están otros factores locales como la existencia de dientes supernumerarios, o dientes demasiado grandes (macrodoncia). Esto por sí solo, o bien unido a unos huesos de tamaño normal o algo menor, hace más fácil el hecho de tener apiñamiento.

Por otra parte aumentan el riesgo la presencia de hábitos bucales, como respirar por la boca, chuparse el dedo o morderse el labio inferior. De este modo las fuerzas que se producen alteran la posición de los dientes y hace que se solapen o creen otro tipo de anomalía.

Además la pérdida de dientes de leche antes de la época de recambio, ya sea por caries o por traumatismos, hace que se pierda espacio si pasa un tiempo hasta la salida del diente permanente y no se toman medidas.

¹⁶ Janer Jaume. (2009). Sonríe sin complejos. Barcelona. Editorial Amat

5.1.5.1 Tipos de apiñamiento

Apiñamiento primario este se debe a la influencia del factor genético se presenta desde el momento de la erupción dentaria y como consecuencia de una relación negativa entre el ancho dentario y la longitud del arco.

Apiñamiento secundario se produce tardíamente y puede estar relacionado con hábitos parafuncionales, colapso oclusal posterior, pérdida de dimensión vertical, se produce por alteraciones que se dan en la boca que actúan sobre los dientes consiguen recortar el espacio del que se dispone para que queden normalmente alineados.

5.1.5.2 Efectos

El apiñamiento tiene efectos negativos tanto para la estética como para la salud de la boca. Por una parte los dientes apiñados afecta la imagen de la boca y de la cara. Esto puede crear y más en la actualidad un complejo en las personas que evitan sonreír abiertamente y relacionarse con el mundo que les rodea. Por otra parte el apiñamiento dificulta la limpieza de los dientes por lo que estas personas son más propensas a tener caries y a la enfermedad de las encías.

En muchos casos la encía se altera, se inflama y baja de nivel dando problemas también de sensibilidad. El soporte de los dientes, debido a la enfermedad periodontal se ve perjudicado y algunas piezas pueden llegar a moverse.¹⁷

¹⁷ <http://www.saludalia.com>

5.1.6. Tipos de maloclusión

La maloclusión es la alineación incorrecta de los dientes. Puede ser debido a anomalías de tamaño o de la posición de los dientes, del tamaño relativo de las arcadas dentarias y su alineación, o de los tipos de relaciones oclusales¹⁸

Clasificación de Angle que las divide en tres grupos o clases de maloclusiones u oclusiones incorrectas.

CLASE I Tiene las mismas relaciones entre los primeros molares que la oclusión normal de clase I, pero irá acompañada de una mala alineación de los dientes, debido a:

Apiñamiento

Perdida de continuidad de la arcada

Alineación defectuosa de los dientes anteriores (mal oclusión estética)

Relación dental anómala, como mordida cruzada

Contactos oclusales prematuros.

Clase II (oclusión distal o retrognatismo mandibular)

Es de tipo esquelético, con una mandíbula pequeña en comparación con el maxilar superior. Los dientes inferiores están por distal y a menudo por lingual de los superiores

¹⁸ [FÉLIX DE CARLOS Villafranca, *Higienistas Dentales*, Editorial Mad.,2006, Pág. 57](#)

CLASE III (oclusión mesial o prognatismo mandibular):

Presenta una gran mandíbula y una cara larga y estrecha. Los dientes inferiores suelen estar en posición avanzada con relación a los superiores.

El perfil del paciente suele tener una mandíbula muy prominente.¹⁹

5.1.7 Causas de la desarmonía dentofacial

5.1.7.1 Pérdida de espacio

Se debe tener en cuenta que cuanto antes se pierda las piezas deciduas las consecuencias serán peores, ya que la cara distal de los dientes deciduos sirve como guía de la erupción del definitivo. Aunque se considere que la pérdida de espacio en la zona anterior es insignificante, normalmente debido al espaciamiento que se suele dar en este sector, se deberá tener en cuenta la presencia de apiñamiento, el tipo de oclusión, o la fonación, para evaluar la conveniencia de colocar un mantenedor de espacio.

La pérdida de espacio es más pronunciada en el maxilar que en la mandíbula, debido a que en el patrón pre eruptivo del superior, sus raíces están más mesializadas que la corona, produciendo un movimiento en masa del diente, mientras que en el inferior, su inclinación es mesial, no pudiendo desplazarse en masa, por la posición de las raíces hacia distal. Las pérdidas de espacio inferiores son más difíciles de recuperar que las superiores.

¹⁹ <http://es.scribd.com/doc/15118424/odontologia-pediatrica>

5.1.7.2 Hábitos orales

Los hábitos orales como la succión digital, la deglución atípica y la respiración bucal pueden modificar la posición de los diente, relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito.

5.1.7.2.1 Desarrollo de los hábitos en los niños

Hay dos tipos hábitos:

Hábitos Fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo (mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal)

Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal.

Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito.

Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. Se ha comprobado que estados de ansiedad, estrés y angustia se relacionan con el deseo de morderse las uñas,

masticar hojas de papel, cabellos, bolígrafos u otros productos no alimenticios.

Estos hábitos no fisiológicos pueden generar:

- Mordida abierta anterior y de laterales
- Protrusiones dentarias
- Linguoversiones dentarias, etc.

5.1.7.2.2 Succión digital

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega a ser considerada normal, probablemente está presente en más del cincuenta por ciento (50%) de los niños pequeños. La conducta de chuparse el dedo responde a una necesidad de seguridad y de satisfacción. Desde antes de su nacimiento, el bebé suele chuparse el pulgar dentro del útero

La succión digital se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño.

5.1.7.2.3 Deglución atípica

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el

sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.

5.1.7.2.4 Respiración oral

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma *oral*.

Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.

5.1.7.2.5 Onicofagia

Se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes. Como hábito es muy frecuente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad.

A veces, representa una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática, se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora, acompañada con cierto grado de tensión y ansiedad, considerándose a estos niños difíciles o nerviosos.

Los niños que manifiestan el hábito son hiperactivas, autoritarias, que exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante. Casi siempre muerden en el mismo sitio por lo tanto producen maloclusiones localizada, altera la estética de los dientes por desgaste o astillamiento, malposición dentaria y puede combinarse con otros hábitos.²⁰

5.1.8 Prevención de la desarmonía dentofacial

5.1.8.1 Evitar extracciones prematuras

La pérdida de piezas dentarias temporales antes de tiempo, sea por extracción o por traumatismos, produce desplazamientos dentarios de forma que las piezas ocupan espacios que corresponden a otras piezas dentarias y cuando por cronología les corresponde erupcionar, al tener su espacio ocupado, lo hacen por donde realmente pueden y en la mayoría de los casos se producen apiñamientos dentarios, o bien erupciones ectópicas.

Para evitar estos desplazamientos dentarios, si la pieza que tiene que substituir a la perdida tarda en erupcionar, debemos mantener el espacio y evitar los desplazamientos dentarios, para ello colocaremos unos aparatos llamados

²⁰ <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

mantenedores de espacio. La dentadura cumple una función estética que no debe subestimarse. Una sonrisa blanca y bien alineada puede constituir un factor importante para relacionarse socialmente. Pocas cosas son tan gratas para los padres como las sonrisas de sus hijos, y así como el conjunto de los dientes desiguales resulta simpático en los más pequeños, lo cierto es que el desarrollo de una dentadura desalineada o la pérdida prematura de piezas dentales son motivos de preocupación cuando se trata de niños mayores pero en ella pueden incluso resultar más decisivos otros factores, como elementos ambientales perniciosos. Además, el odontólogo puede corregir en gran medida lo que, por naturaleza, no es tan perfecto.²¹

5.1.8.2 Visita al odontólogo

La visita al dentista, es en especial para un niño (a) una experiencia que desencadena un gran nerviosismo y temor. Es conveniente que los pacientes adquieran el hábito de revisiones odontológicas cada 6-9 meses, pues no hay que olvidar que es en la infancia y adolescencia cuando se da la mayor prevalencia de enfermedades bucales. Los padres no deben esperar a detectar alguna alteración o a que el niño tenga dolor, ya que en esta visita el odontólogo no sólo tratará de modo precoz cualquier alteración sino que puede detectar algún problema que se pueda prevenir.

Además, es positiva una primera visita donde al niño no se le practique ningún tratamiento, ya que ayuda a que este inicie una relación cordial y confiada con el profesional de la odontología y en general con el cuidado de sus dientes.²²

A diferencia de lo que piensan muchos padres, los primeros dientes o dientes temporales, aunque luego sean sustituidos por los definitivos, deben tratarse cuando tengan caries ya que su infección puede producir alteraciones en el

²¹http://www.pediatraldia.cl/dientes_ninos.htm

²²Agudelo María.(2008):Manual de Pediatría Ambulatoria: Bogotá – Colombia: Editorial Medica Internacional

germen del diente definitivo que está debajo. Pueden suceder también problemas para el espacio de los dientes definitivos ya que una pérdida prematura de un diente hace que exista un hueco en la encía más tiempo del necesario con lo que los dientes vecinos pueden desplazarse y ocuparlo dejando al futuro diente definitivo sin espacio para erupcionar.²³

5.3. AUTOESTIMA

El aspecto o apariencia física tiene un papel nada desdeñable en la construcción del yo personal y otros dominios del comportamiento que, a su vez, influyen en el aspecto físico. En el proceso del desarrollo del yo intervienen muchas dimensiones. Junto a los aspectos emocionales y cognitivos, la percepción que el niño o niña tienen de su propio aspecto físico tiene una notable importancia. Además, estas dimensiones no se encuentran encasilladas en si mismas, sino que están relacionadas entre si. En este sentido, se ha comprobado que el aspecto físico percibido es el dominio que mejor correlaciona con la autoestima y el atractivo percibido que entre esta y el atractivo que uno " realmente" posee dentro de los cánones de la propia cultura.

Durante la edad escolar, las evaluaciones negativas se organizan como rasgos muy notables que pueden ser resistentes a los intentos reiterados de des confirmación. A medida que la capacidad de autoevaluarse se va desarrollando, los niños empiezan a ser conscientes de cuales son lo cánones culturales de belleza que su sociedad valora. Los estudios actuales señalan que durante la

²³ <http://www.dentistadeninos.com/primervisita.htm>

etapa preescolar, los efectos negativos de los estándares sociales sobre el aspecto físico aun no se hacen sentir, y tanto las niñas como los niños se muestran satisfechos con su aspecto físico. Sin embargo, en la edad escolar empiezan a emerger los mecanismos de autovaloración.

Es conveniente que los padres averigüen si hay alguna razón para que un niño o niña se sienta mal o incomodo con ellos mismos y lejos de quitar importancia al asunto, se ponga del lado de su hijo/hija en la solución del problema. Quizás sus dientes necesiten ortodoncia o su dieta deba vigilarse. En fin, hay que comunicarnos con los niños, saber que les preocupa y ayudarles si realmente su inquietud tiene fundamentos.²⁴

La autoestima es la percepción valorativa que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos (quien soy yo), del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la propia personalidad. La autoestima se aprende, fluctúa y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros padres, maestros, compañeros y las experiencias que vamos adquiriendo. El nivel de autoestima es el responsable de muchos éxitos y fracasos escolares. La mala posición de los dientes afecta la pronunciación de las palabras y algo muy delicado es, que afecta la autoestima, sobre todo en edades escolares, en las que no faltan los sobrenombres, que pueden causar complejos, traumas y resentimientos en los niños y jóvenes. Todos los padres desean que su hijo tenga una bonita y saludable sonrisa, los niños que no están satisfechos con su estética dental se acomplejan mucho de cómo lucen sus dientes, aunque en ocasiones este complejo es inconsciente. Además de lograr una salud bucal, la Ortodoncia es un camino para conseguir una buena apariencia y con ello una buena autoestima²⁵

El niño y su autoestima. Todo niño necesita comprender su mundo y cuando esa necesidad se ve frustrada una y otra vez, el resultado suele ser la formación de un sentido trágico de sí mismo y de la vida. La autoestima es la

²⁴ MARTA Sandurri Brugue, *El desarrollo de los niños paso a paso*, Barcelona, Editorial UOC, 2008, pág. 199

²⁵ CRISTOPHE André, *Prácticas de Autoestima*, 2008

valoración que el niño se ha formado de sí mismo. Esa valoración indica el grado de aceptación o rechazo que siente frente a sí mismo, expresa una actitud de aprobación o desaprobación. Es percibirse satisfecho o insatisfecho. La autoestima positiva es quererse uno mismo, saberse valorar, revela el grado en que una persona se siente y se sabe capaz, exitosa o digna, y actúa como tal. La auto-confianza del niño siempre se incrementa cuando goza una buena sonrisa. Este impacto inconsciente también se da en el entorno del niño: los padres, maestros y otros niños. El éxito del tratamiento puede lograr en el niño una personalidad exitosa en todos los aspectos de su vida. Por ello el valor de una bella y saludable sonrisa no debe ser subestimada.²⁶ Una elevada autoestima, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que un bajo nivel de autoestima enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso. La autoestima es importante porque nuestra manera de percibirnos y valorarnos moldea nuestras vidas. La autoestima o el amor propio significa ese amor creativo, henchido del orgullo de ser uno mismo y de lo que eso significa y brinda en la vida, y que supone el reconocimiento de sus propias deficiencias.²⁷ La autoestima puntual de cada uno es la dimensión del amor propio proyectado en la capacidad de vivir. La autoestima es lo que pienso de mí. Es la mezcla de opiniones y juicios que realizo respecto a mí mismo, porque ninguna mirada es neutra, especialmente la que dirigimos hacia nuestro ser.

También es otra encrucijada: la del juicio respecto al yo y el juicio del yo bajo la mirada de los demás. Porque la autoestima sólo tiene sentido en el ámbito de las relaciones sociales. La autoestima es la herramienta de nuestra libertad y autonomía psicológica. Es un moderno avatar del concepto de dignidad de los filósofos: la autoestima es lo que hace posible que, en tanto seres humanos, nos dotemos de un valor más allá de todo precio, más allá de todo uso. Es lo que nos permite resistir a las presiones y manipulaciones.

Podemos tener una autoestima alta (tendencia a apreciarse, estar seguro de uno mismo para actuar y ocupar el lugar que nos corresponde entre los demás, no derrumbarse ante los fracasos o dificultades, etc.) o BAJA (tendencia a infravalorarse, estar poco seguro de uno mismo, hasta el punto de evitar actuar u ocupar el lugar entre los demás, derrumbarse fácilmente o renunciar ante los fracasos o dificultades, etc.) .El modo en que nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta prácticamente de forma decisiva a todos los aspectos de nuestra experiencia, desde la

²⁶ ROSA Perez Bibian, Método AIDA, Barcelona, editorial Salsa BookS, 2010, pag.20

²⁷ OSCAR Rodríguez Vargas Autoestima para Ganadores, Lima – Perú ,editorial Palomino, 2007

manera en que funcionamos en el trabajo, el amor, hasta nuestro proceder como padres y las posibilidades que tenemos de progresar en la vida. Nuestras respuestas ante los acontecimientos dependen de quién y qué pensamos que somos. Los dramas de nuestra vida son los reflejos de la visión íntima que poseemos de nosotros mismos. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito del fracaso. También es la clave para comprendernos y comprender a los demás.²⁸

La autoestima se instala de forma misteriosa en nuestra vida. Desconocemos la ruta precisa que sigue para que la experimentemos como se presenta. Los diccionarios definen generalmente la autoestima como un sentimiento favorable nacido de la buena opinión que uno tiene de si mismo y de sus capacidades. De modo más concreto, la autoestima puede definirse como la conciencia del valor personal que uno se reconoce. Se manifiesta por un conjunto de actitudes y de creencias que nos permiten enfrentarnos al mundo y a las dificultades de la vida.

La autoestima es una representación afectiva que nos hacemos de nosotros mismos. Es un juicio positivo para con nosotros referido a nuestras cualidades y habilidades. Es también la capacidad de conservar en la memoria estas representaciones positivas, para poder utilizarlas haciendo frente los desafíos, superando las dificultades y viviendo en la esperanza.²⁹

La aceptación de sí mismo. Implica percibirse como un ser que vale. Que desarrolla la capacidad de distinguir y enfrentar las situaciones adversas y negativas como la marginación social, y algunos conflictos familiares que inciden de modo negativo en la construcción de una autoimagen positiva.

Autonomía. Afirmamos el derecho del niño y la niña a ser orientados para valorarse por sí mismos en diferentes circunstancias de la vida. Los niños que

²⁸BRANDEN NATHANIEL (2010): Como Mejorar su autoestima: España: editorial Espasa: pág. 15

²⁹ ALONSO Eustasio, El Talento de Vivir,

se autoestiman son capaces de dar y recibir afecto desarrollando su moral y sensibilidad como energizadores de su vida.

Consideración por el otro. De esta manera avanza en su sentido de reciprocidad (de responder a una acción noble con otra semejante), superando las dificultades para comprometerse comunitariamente en la construcción de una vida digna para todos.

En la autoestima de un niño, lo que resulta significativo es la calidad de la relación existente entre el niño y los adultos que son importantes en su vida. Para un niño que ha tenido poca o ninguna experiencia en lo que se refiere a un trato respetuoso-que lo vean, que lo atiendan, que le escuchen, que se sienta merecedor de confianza-, la falta de respeto de sí mismo resulta natural

El maltrato, en todas sus variantes, afecta la autoestima. En nuestra relación con los niños muchas veces utilizamos formas y estilos de comunicación que hieren; algunas veces no los detectamos porque son considerados formas “normales” de trato.

Con mucha frecuencia atacamos con:

- Expresiones negativas
- Expresiones de rechazo
- Falsas generalizaciones
- El trato silencioso
- Amenazas vagas o violentas

La autoestima se basa en la gran cantidad y variedad de pensamientos, sentimientos, experiencias, sensaciones y vivencias que hemos ido acumulando a lo largo de nuestra existencia, en especial durante la infancia y la adolescencia.

La autoestima es la evaluación que un individuo realiza de sí mismo, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación; por consiguiente, indica si un individuo se siente capaz (apto, con talento o cualidades para algo) o incapaz, importante o insignificante, exitoso o fracasado, digno o despreciable.

El desarrollo integral de los niños

Aspirar a que los niños logren su desarrollo significa considerar la satisfacción de sus necesidades básicas, físicas y psicológicas. Para que los niños se valoren y conozcan, los padres pueden ayudarlos fundamentalmente a través de actitudes apoyadas en la comprensión, el afecto, el respeto, la tolerancia.³⁰

³⁰ OSCAR Rodríguez Vargas, autoestima para ganadores, Lima- Peru, Editorial Palomino,2007, pág. 25,28

5.3.1 Niveles de autoestima

5.3.1.1 Alta

La alta autoestima en lo relativo a la confianza en sí mismo es un concepto inherente, unido por naturaleza e inseparable, a una sensación fundamental o esencial de eficacia (de virtud, actividad y poder para obrar): tengo confianza en mí mismo para hacer las elecciones y tomar las decisiones que guiaran mi vida. Me siento con derecho a hacer valer mis legítimos deseos y necesidades consiste en la suma integrada de confianza de sí mismo y respeto de sí mismo. La confianza en sí no es la convicción de que nunca podemos equivocarnos, sino de que somos capaces de pensar bien, de juzgar con buen criterio, de saber, de corregir nuestros errores, de que estamos en verdad comprometidos en percibir y respetar la realidad al máximo de nuestra fuerza de voluntad.

El hecho de tener un elevado nivel de confianza en sí mismo y de respeto de sí mismo se encuentra íntimamente relacionado con la capacidad de disfrutar de la vida, de hallar fuentes de satisfacción en nuestra existencia. Una persona con una alta autoestima actuará independientemente; asumirá sus responsabilidades; afrontará nuevos retos con entusiasmo; estará orgulloso de sus logros, demostrará amplitud de emociones y sentimientos; tolerará bien la frustración, se sentirá capaz de influir en otros.

Existen cuatro condiciones a menudo asociadas con la elevada autoestima de los niños:

El niño experimenta aceptación de sus pensamientos de sus sentimientos y se le hace percibir el valor de su existencia.

El niño no goza de ilimitada libertad. Los límites, siempre que sean razonables, dan al niño un sentido de seguridad y estabilidad muy necesaria

El niño siente que se respeta su dignidad como ser humano. Los padres toman en serios las necesidades y deseos del niño; se ejerce la autoridad no es autoritarismo.

Los propios padres tienden a disfrutar de un alto nivel de autoestima. Téngase en cuenta que el modo en que tratemos a los demás suele reflejar el modo en que nos tratamos a nosotros mismos.

5.3.1.2 Baja

Tener una baja autoestima es sentirse inapropiado para la vida; inadecuado; no acerca de un tema o conocimiento, sino inadecuado como persona, y responder a los desafíos y alegrías propias de la vida con un sentimiento fundamental de incapacidad y desmerecimiento.

Por supuesto, podemos preferir juzgarnos por criterios relativamente superficiales como el éxito o el fracaso en determinadas tareas, o nuestra capacidad de obtener amor, admiración o aprobación, entre otras cosas, pro, hacer esto significa tener un problema con la autoestima. Es típico de la baja autoestima buscar la seguridad de aquello conocido y que carece de exigencias.

Las personas con baja autoestima terminan en compañía de las de su especie, el miedo e inseguridad compartidos reafirman la auto observación negativa. La baja autoestima tiende a generar depresión y ansiedad. Sentimiento de inferioridad e inadecuación. A menudo, tristeza y ansiedad. Un niño mejorara su autoestima cuando los demás, amigos, los padres, los hermanos, el profesor, le dicen, eres inteligente, bueno, capaz, me gusta cómo eres, llegaras lejos, triunfaras, eres un ganador, te estimo mucho, eres mi mejor amigo.

O sea todo aquello que ayuda al niño sentirse querido, estimado, respetado, valioso, importante, útil, especial, extraordinario, contribuirá, sin ninguna duda, a la consolidación y fortalecimiento de su tan necesaria y determinante autoestima.

Si bien es cierto que la autoestima positiva se desarrolla principalmente en los primeros años de nuestra vida, esto no quiere decir que no se pueda mejorar o aumentar en la juventud, adultez o ancianidad. A cualquier edad se puede lograr una mejora en nuestra autoestima. Todo depende de nuestro deseo de llevar adelante algún programa de entrenamiento para mejorar.

El niño que percibe su invisibilidad en los primeros años de su vida y que se siente seriamente frustrado con respecto a otras necesidades básicas – contacto físico, por ejemplo, o afecto, respeto, reconocimiento, amor o confianza en sus propias fuerzas- se encuentra atrapado en un universo que no solo resulta doloroso sino aterrador. El niño de hecho no tiene medios para comprender su sufrimiento, lo cual hace que éste sea más difícil de soportar. Además de experimentar dolor, el niño se siente indefenso.³¹

5.3.2. ESCALERA DE LA AUTOESTIMA

Los seres humanos podemos elegir la actitud para enfrentarnos a un reto, podemos hacerlo positiva o negativamente, de forma optimista o pesimista. Para conocer y desarrollar la autoestima podemos seguir ciertos pasos a los que llamamos escala o escalera de la autoestima.

5.3.2.1 AUTOCONOCIMIENTO

Es conocer la parte que componen el Yo, sus manifestaciones, necesidades y habilidades. Los papeles que vive el individuo y a través de los cuales: se, conoce actúa y siente. Desde los primeros años de nuestra vida vamos construyendo nuestro propio concepto, nuestra autoimagen, el sentido de nosotros mismos de acuerdo con los mensajes que recibimos de los demás. Conforme las otras personas nos consideran, nos tratan, así pensaremos y crearemos que somos desde niños.

5.3.3.2 AUTOCONCEPTO

Son creencias de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. En su conformación juegan un papel muy importante la percepción que se tiene de sí mismo, ya sea positiva o negativa, de los rasgos físicos y psicológicos, cualidades y defectos y de las experiencias previas.

³¹ OSCAR Rodríguez Vargas, autoestima para ganadores, Lima- Perú, Editorial Palomino, 2007, pág. 47-51

El auto concepto se entiende como el conjunto de creencias, pensamientos e ideas que tenemos de nosotros mismos. En función de lo que creamos y pensemos de nosotros mismos así nos estimaremos. Cuanto más claro tengamos el concepto sobre nosotros mismos y mayor aceptación tengamos de él, más positiva será la autoestima pues la realidad nos mostrará en muchas ocasiones nuestro concepto, y si tenemos una percepción real de nosotros mismos valoraremos más la realidad.

Las personas podemos tener auto conceptos diferentes, que cambian de vez en cuando, que pueden ser o no ser retratos precisos de nosotros mismos. Los auto conceptos se elaboran constantemente, dependiendo de las circunstancias y de las relaciones confrontadas por el individuo.

Factores que determinan el auto concepto.

La actitud o motivación: es el motor de nuestras acciones, la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluar positiva o negativa. Es la causa que impulsa, por tanto será importante plantearse los porqués de nuestras acciones, para no dejarnos llevar simplemente por la inercia o la ansiedad.

El esquema corporal: supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas y los sentimientos que mantengamos hacia nosotros mismos.

Las aptitudes: son las capacidades que poseen una persona para realizar algo de forma correcta, son las competencias que desarrollamos a lo largo de la vida, y que se constituyen en el saber hacer.

Valoración externa: es la consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre nosotros. Son los esfuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales, reconocimiento social, etc. Mientras el auto concepto se refiere fundamentalmente a los aspectos más sustantivos e internos de la persona (más invisibles), la autoestima apela a los aspectos evaluativos de la misma, más externos y visibles, aunque puede resultar difícil muchas veces delimitar donde acaba una y empieza la otra.

El auto concepto aborda la necesidad de entender a las personas desde el punto de vista de cómo de ven a si mismos y al mundo que les rodea: cada persona percibe el mundo de manera única, a partir de un modelo personal organizado y estable de percepciones, que se va construyendo desde el nacimiento, y continua en la crianza, la infancia, la adolescencia -juventud, la madurez.³²

5.3.3.3 Autoevaluación

Se refiere a la capacidad interna de evaluar las cosas que son positivas o negativas para el individuo: que le satisfacen, son interesantes, lo enriquecen, lo hacen sentir bien, le permiten crecer y aprender. Igualmente las que no le satisfacen, carecen de interés, le hacen daño y le impiden crecer.

5.3.3.4 Auto aceptación

Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que solo a través de la aceptación se puede transformar lo que susceptible a ello. Es el hogar, en el seno familiar donde se inicia la aceptación, aprobación y aparición de uno mismo, y son los padres quienes deben estar atentos a considerar, alabar y reconocer en cada uno de sus hijos

³² CARLOS Mingote, El malestar de los jóvenes, Editorial Edi Díaz de Santos, España, pág. 426-428

las cualidades, aptitudes y destrezas que se manifiestan de un modo más destacado o adecuado.

5.3.3.5 Autorrespeto

Es acceder y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño o culpase. Buscar y valorar lo que haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo.³³

5.3.4. Aspectos de la autoestima

5.3.4.1 Vinculación

Consecuencias de la satisfacción que obtiene el niño al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás reconocen como importantes. La relación entre vínculo e identidad es un aspecto fundamental de todo el desarrollo afectivo desde el nacimiento hasta la mayoría de edad por lo menos. El niño desde el momento mismo de nacer y en el desarrollo del apego con la figura de referencia, comienza a percibir unas tonalidades emotivas más que otras. Podemos decir que un niño al momento de nacer tiene un repertorio de emociones básicas potencialmente completas. Estas emociones van a tomar forma a través de la experiencia inmediata del vínculo o apego que se establezca con las figuras de referencia. Basándose en las características emotivas de la persona que ejerce la referencia en el vínculo, ciertas tonalidades emotivas serán más seleccionadas que otras. Por ejemplo, en el caso de bebés que han sido separados tempranamente de sus madres se deduce que su baja autoestima en la constitución del vínculo.

El vínculo afectivo se constituye auténtico motor del desarrollo. El niño está fuertemente motivado por mantener la proximidad y el contacto físico con sus figuras de apego, busca activamente los intercambios comunicativos; por lo tanto resulta muy importante que la interacción entre el niño y los adultos con los que se relaciona sea gratificante en ambos sentidos.

³³ MIQUEL Castillo, Como evitar el fracaso escolar, Madrid -España, Editorial Narcea, 2006, pág. 53, 103

5.3.4.2 Singularidad

Resultado del conocimiento y respeto que el niño siente por las cualidades o los atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.

5.3.4.3 Poder

Consecuencia de que el niño disponga de los medios, de las oportunidades y la capacidad de modificar las circunstancias de su vida de manera satisfactoria.³⁴

5.3.4.4 Pautas

Las pautas se relacionan con el sentido que el niño le otorga a su existencia y a lo que realiza. Requiere de modelos positivos, que cuando los imite obtenga resultados satisfactorios y alentadores, a través de los cuales aprenda a distinguir lo bueno de lo malo. Los niños son como esponjas frente a quienes él considera importantes. La forma en que ellos - los modelos- actúan, lo que dicen y cómo lo dicen, dejará un sello indeleble en su retina. Los patrones éticos, los valores, los hábitos y las creencias se transmiten a través de las figuras de apego. Saber por qué ocurren los cambios, qué sentido tiene el trabajo y qué cosas se valoran a la hora de decidir, le permitirá desenvolverse con confianza, prediciendo que si actúa de determinada manera logrará lo que se propone. El orden y las reglas - dentro de límites razonables- son especialmente importantes para crear en el niño la sensación de pautas o guías, que le permitirán conducirse, organizar el tiempo, planificar y resolver problemas.³⁵

³⁴ CARLOS Mingote, El malestar de los jóvenes, Editorial Edi Díaz de Santos, España,

³⁵ <http://www.gestiopolis.com>

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 MÉTODOS

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Es **bibliográfica**, porque se apoyó en bibliografía tanto de materiales literarios, como de la web para obtener un mayor conocimiento científico.

Es de **campo**, ya que con encuestas dirigidas a los estudiantes de la escuela, y por medio de la observación se obtuvieron mejores sus bases.

6.1.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Explorativa: la investigación es Explorativa porque determino en los escolares de la Escuela Blanca Cuadros el problema de la mal oclusión y como afecta la autoestima.

Descriptiva. En esta investigación se analizó la desarmonía dentofacial y los índices de autoestima de los estudiantes de la escuela Blanca Cuadros.

Analítica. En la realización de esta investigación se observó por medio de encuestas como influyen las mal posiciones dentarias en la autoestima de los estudiantes.

Sintética. Mediante la información recopilada se obtuvieron conclusiones del nivel en que las mal posiciones pueden influir en la autoestima de los escolares.

Propositiva. Al final de la investigación se diseñó una propuesta alternativa de solución del problema.

6.2. TÉCNICAS

Encuestas y ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela Blanca Cuadros.

6.3. INSTRUMENTOS

Encuesta: cuestionario de preguntas

Observación: Ficha clínica

6.4. RECURSOS

6.4.1. MATERIALES

Materiales de oficina

Textos relacionados con el tema

Fotocopia

Encuadernación

Instrumental de diagnóstico

Material de diagnostico

Suministro de papel e impresión.

6.4.2. TALENTO HUMANO

Investigadora

Estudiantes de la escuela blanca cuadros

Tutor. (a) de tesis

6.4.3. RECURSOS TECNOLÓGICOS

Computador

Internet

Cámara

Equipo de impresión.

Pen drive

6.4.4. RECURSOS ECONÓMICOS

La investigación tendrá un costo aproximado de US \$1,278

6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.5.1 POBLACIÓN

La población la conformaran 122 estudiantes de edades comprendidas entre 9 y 12 años de la Escuela Blanca Cuadro

6.5.2. MUESTRA

La muestra fueron 93 escolares.

6.5.3 TIPO DE MUESTREO

Los niños fueron seleccionados por el tipo de muestreo estratificado.

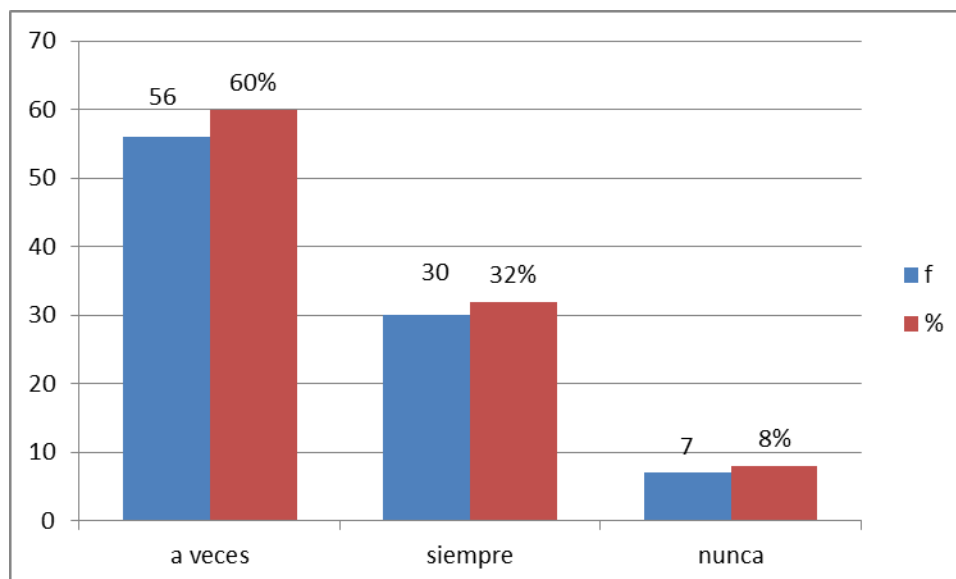
CAPÍTULO VII

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA BLANCA CUADROS DEL SITIO VALDEZ DEL CANTÓN ROCAFUERTE

GRAFICUADRO Nº 1

Te sientes bien con tu sonrisa

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Siempre	30	32
a veces	56	60
Nunca	7	8
TOTAL	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Según el análisis del graficuario N° 1 el 60% de los niños que equivale a 56 escolares se siente a veces bien con su sonrisa, 38% siempre se siente bien lo que representa a 35 niños y un 2% nunca se siente bien lo que significa que dos niños nunca se sienten bien con su sonrisa

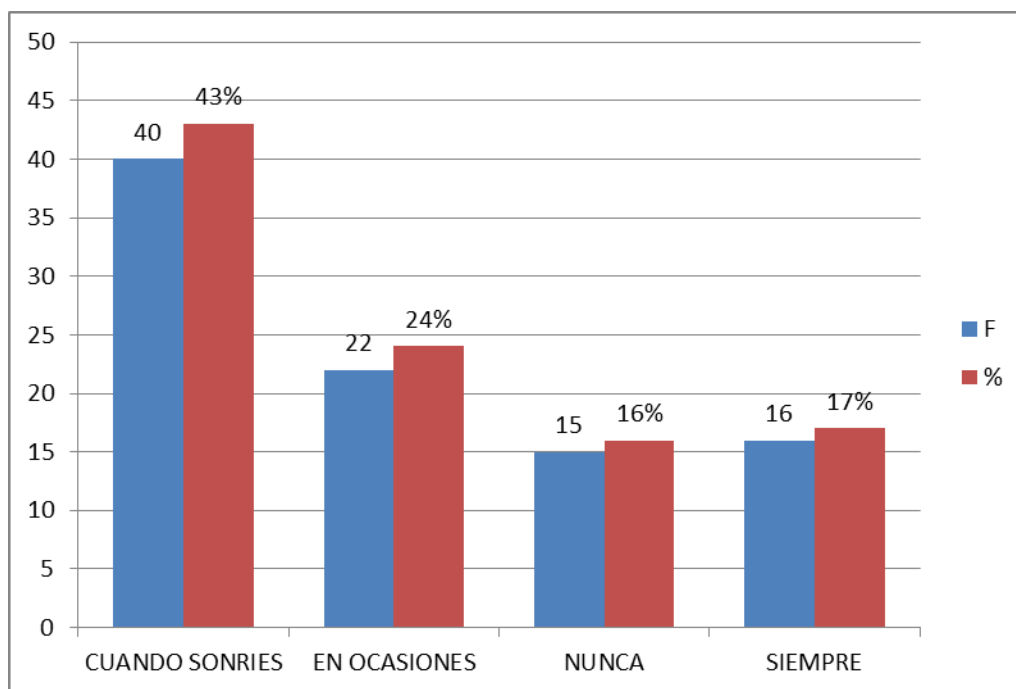
Según Rosa Pérez, Método AIDA...**La autoestima positiva es quererse uno mismo, saberse valorar, revela el grado en que una persona se siente y se sabe capaz, exitosa o digna, y actúa como tal. La auto-confianza del niño siempre se incrementa cuando goza una buena sonrisa...pág. 29**

De acuerdo a los resultados obtenidos el 60% de los niños no se sienten seguros con su sonrisa, por lo que los niños con este problema no interactúan con sus compañeros debido al descontento que sienten de su sonrisa.

GRAFICUADRO N °2

Crees tú que la posición de tus dientes afecta tu rostro

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
En ocasiones	22	24
Cuando sonríes	40	43
Siempre	16	17
Nunca	15	16
Total :	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como resultado de las encuestas realizadas a los escolares de 9 a 12 años de la Escuela Blanca Cuadros se obtuvo que el 43% de los niños lo que corresponde a 40 niños creen que la posición de sus dientes afecta su rostro cuando sonríen, el 16% es decir 15 niños opinaron que nunca, el 24% es decir 22 escolares opinaron que en ocasiones y el 17%, 16 niños creen que nunca afecta su rostro la posición de sus dientes.

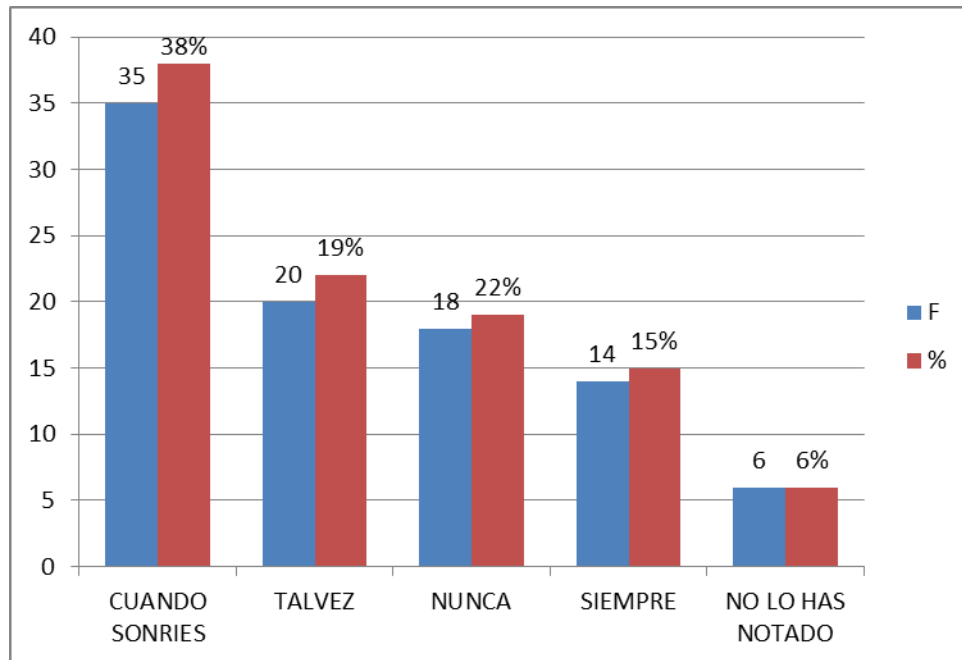
Según Jaume Janer; **Sonríe sin complejos; (2008)...El problema de apiñamiento, ya sea heredado o adquirido, no solos afecta el alineamiento de los dientes, sino también la apariencia facial...**pág. 18

Como se observo en los resultados de la encuesta el 37% de los niños han notado como afecta la posición de sus dientes en su rostro al sonreír lo que les trae problemas de inseguridad por lo que evitan interactuar con los demás niños por no sentirse cómodos con la posición de sus dientes.

GRAFICUADRO N ° 3

Se han burlado alguna vez por la posición de tus dientes

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Tal vez	20	22
Siempre	14	15
Cuando sonrías	35	38
No lo has notado	6	6
Nunca	18	19
Total:	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario N° 3 se obtuvo que el 20% es decir 22 niños tal vez han sufrido burlas por parte de sus compañeros, el 19% es decir 18 niños dijeron que nunca han sufrido burlas por parte de sus compañeros, el 38% que corresponde a 35 niños marcaron que se burlan cuando sonríen, 6% es decir 6 niños no lo han notado y 15% que son 14 niños siempre sufren burlas por parte de sus compañeros.

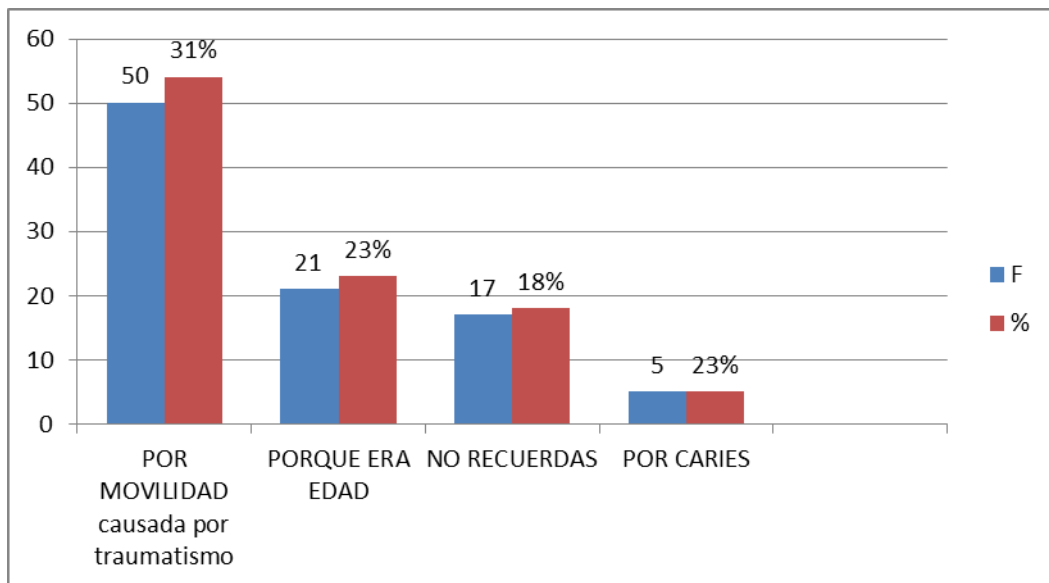
Según el libro de Cristophe André, *Prácticas de Autoestima...* ***La mala posición de los dientes afecta la pronunciación de las palabras y algo muy delicado es, que afecta la autoestima, sobre todo en edades escolares, en las que no faltan los sobrenombres, que pueden causar complejos, traumas y resentimientos en los niños y jóvenes*** pag.28

Basado en las encuestas a los escolares de 9 a 12 años el 75% de ellos a sufrido burlas por parte de sus compañeros alguna vez, de los que el 33% ha sido al momento de sonreír lo que demuestra que la mala posición afecta la autoestima de los escolares lo que puede causar complejos traumas y resentimiento en los niños.

GRAFICUADRO N ° 4

Porque motivo perdiste tu primer diente

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Por movilidad causada por traumatismo	50	54
Por caries	5	6
Porque era edad de perderlo	21	23
No recuerdas	17	18
TOTAL	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En base a los resultado de la encuesta se obtuvo que el 54% que corresponde a 50 niños perdieron su primer diente por movilidad causada por algún traumatismo, el 23% es decir 21 niños lo perdieron porque era edad de extraerlo, el 18% que son 17 niños no recuerda el motivo por el que perdió el primer diente, y el 5% lo que corresponde a 5 niños el motivo de la pérdida fue por caries.

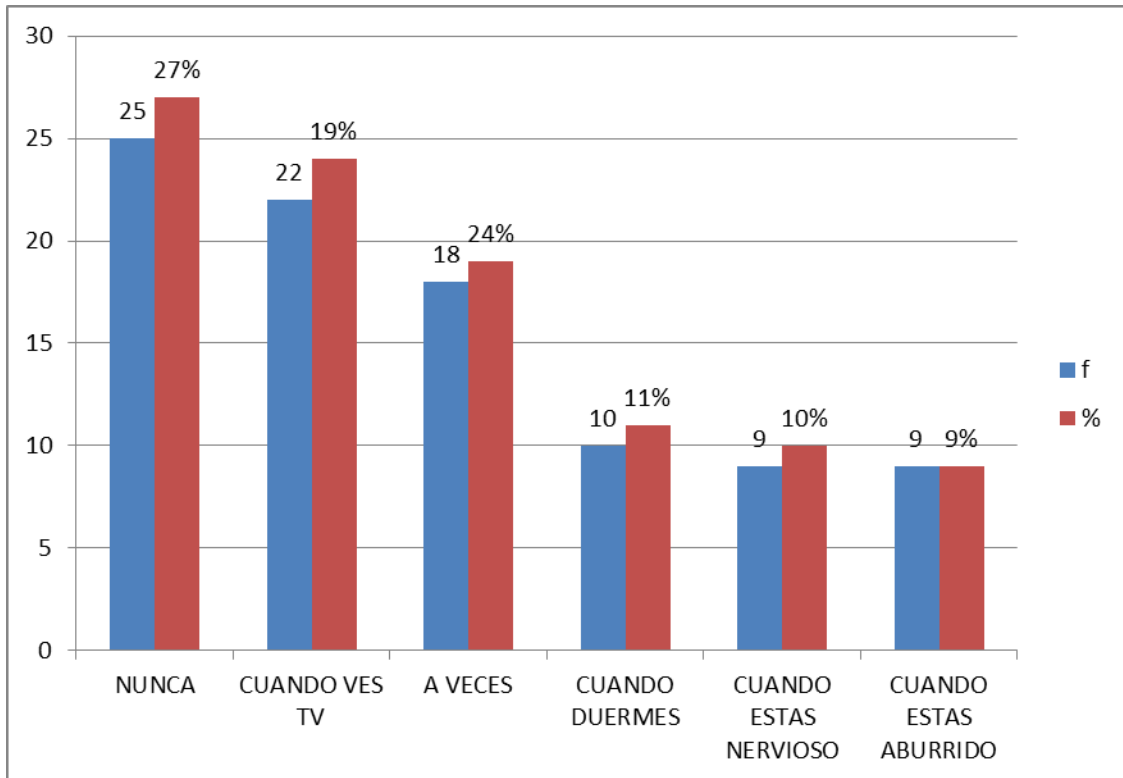
Según Cristophe André, Practicas de Autoestima... **La pérdida prematura de los dientes temporales produce alteraciones en el desarrollo óseo, maloclusiones, pérdida del espacio necesario para que el diente definitivo pueda surgir. Etc. Se debe procurar que los dientes se mantengan en boca el máximo tiempo posible...pág. 28**

En estos resultados se obtuvo que el 31% de los escolares perdió su primer diente por movilidad causada por algún accidente lo que repercute en la perdida prematuramente, y por ende en etapas posteriores causa la pérdida del espacio necesario para que el diente definitivo pueda surgir, por este motivo se debe tratar de mantener el diente sano en boca hasta el momento de exfoliación evitando así, problemas de mal posición dentaria y generar problemas de autoestima.

GRAFICUADRO N°5

Cuáles son los momentos en los que te chupas el dedo

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A VECES	16	19
CUANDO DUERMES	10	11
CUANDO ESTAS NERVIOSO	9	10
CUANDO ESTAS ABURRIDO	9	9
CUANDO VES TV	24	24
NUNCA	25	27
TOTAL:	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros

RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El graficuarro N° 5 con los datos obtenidos se comprueba que el 19% es decir 18 niños a veces tienen hábito de succión, el 25% es decir 27 niños no tienen hábito de succión, 24% lo que equivale a 22 niños se chupan el dedo mientras ven la tv, el 11% lo que corresponde a 10 niños suelen chuparse el dedo mientras duermen, el 10% es decir 9 niños lo hacen cuando están nerviosos, el 9% que corresponde a 9 niños cuando están aburridos.

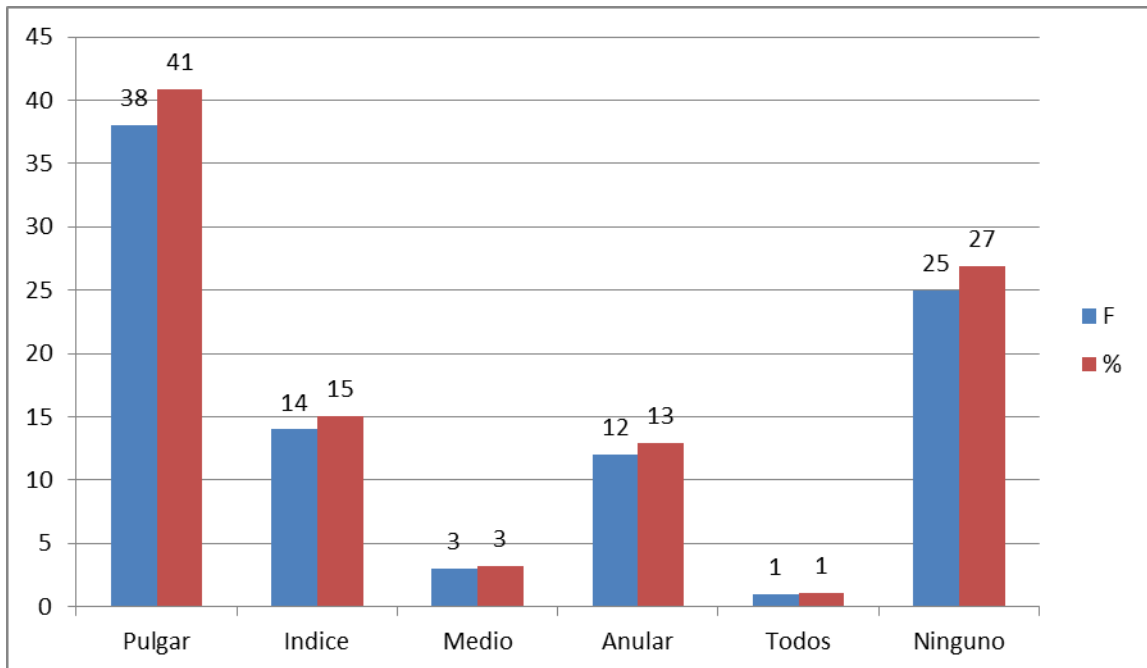
Según la página de internet <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/...> **Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito...** _pág... 22

De acuerdo a los resultados de la encuesta un alto porcentaje de niños tiene el hábito de chuparse el dedo, son varios los problemas que esto puede ocasionar siendo una de las principales causas de las deformaciones dentomaxilares, el grado en que afecte dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito.

GRAFICUADRO Nº 6

Que dedo te chupas

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Pulgar	38	41
Índice	14	15
Medio	3	3
Anular	12	13
Todos	1	1
ninguno	25	27
Total:	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros

RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis de la encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la Escuela Blanca Cuadros el 41% de los escolares es decir 38 niños se chupan el dedo pulgar, el 15% que corresponde a 14 niños se succiona el dedo índice, el 13% es decir 12 niños el dedo anular, 3% de los niños es decir 3 niños el dedo medio y el 1% es decir un niño se succiona todos los dedos, el 27% es decir 25 niños no tienen habito de succión.

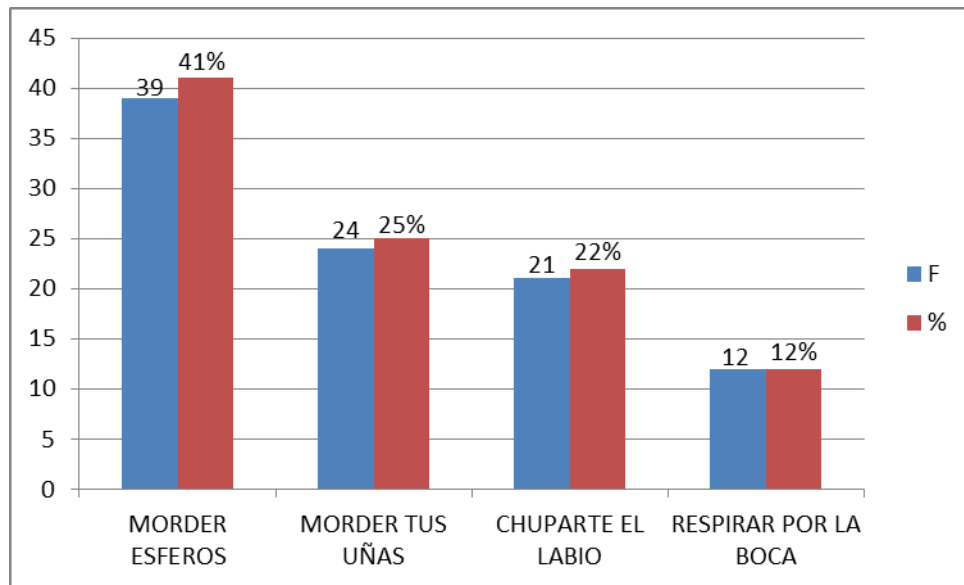
Según la pág. de internet <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/> ...**La conducta de chuparse el dedo responde a una necesidad de seguridad y de satisfacción. Desde antes de su nacimiento, el bebé suele chuparse el pulgar dentro del útero. La succión digital se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño...pág... 23**

Al analizar el porcentaje de la encuesta el 65% de los niños tiene el habito de chuparse el dedo pulgar, esto les da seguridad y satisfacción pero les provoca problemas posteriores en su dentición, al momento de chuparse el dedo ya están demostrando cierto grado de inseguridad lo que es signo de baja autoestima en los escolares.

GRAFICUADRO N° 7

Tienes hábitos como:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
CHUPARTE EL LABIO	21	22
MORDER ESFEROGRÁFICOS	39	41
RESPIRAR POR LA BOCA	12	12
MORDER TUS UÑAS	24	25
TOTAL:	96	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

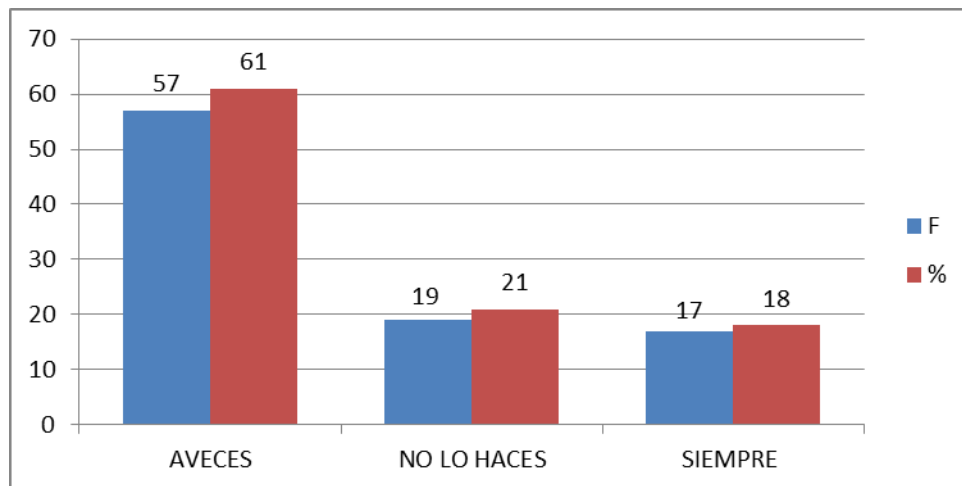
Se ha observado en los datos obtenidos de las encuestas que el 41% de los niños lo que equivale a 39 niños tiene el hábito de morder esferográficos, el 25% de los escolares es decir 24 niños muerden sus uñas, el 22% es decir 21 niños tiene el hábito de chuparse el labio y el 12% que corresponde a 12 niños respiran por la boca.

Según la página internet <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/>... ***Se ha comprobado que estados de ansiedad, estrés y angustia se relacionan con el deseo de morderse las uñas, masticar hojas de papel, bolígrafos u otros productos no alimenticios...pág. 22***

En este graficuario se observó que los niños tienen problemas de hábitos orales especialmente el de morder esferográficos esto es el resultado del estado de ansiedad, estrés y angustia al que se exponen en la escuela lo que provoca en ellos que sus dientes se vean afectados en sus posiciones por alguno de estos hábitos.

Los hábitos enunciados los hace siempre, a veces, nunca.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Siempre	17	18
A veces	57	61
No lo haces	19	21
TOTAL:	93	100

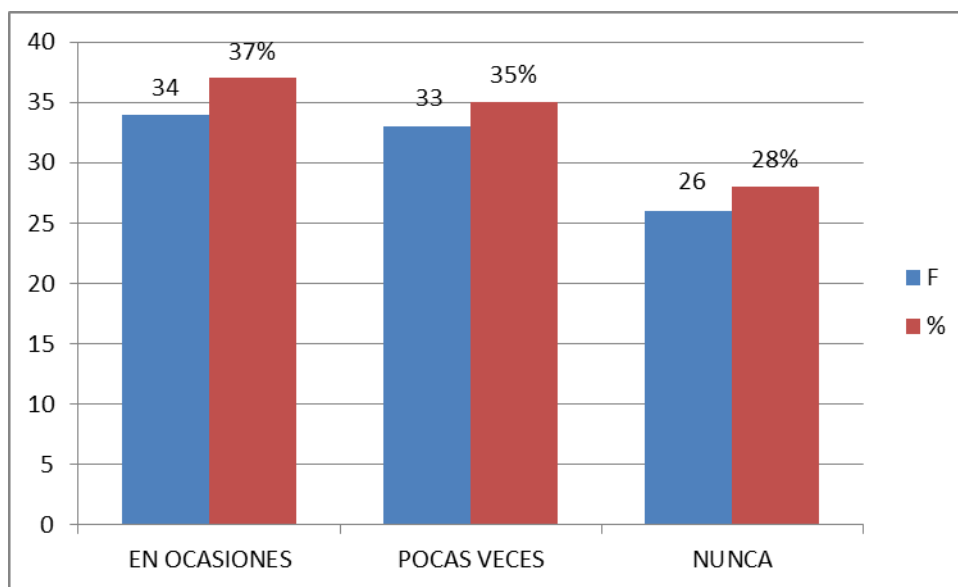


FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

GRAFICUADRO N° 8

**Evitas conversar con tus compañeros porque se burlan de tus
dientes**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
En ocasiones	34	37
Pocas veces	33	35
Nunca	26	28
TOTAL:	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En los datos obtenidos mediante la encuesta realizada a los escolares de 9 a 12 años de la Escuela Blanca Cuadros demuestra que el 37% es decir 34 niños evitan conversar en ocasiones con sus compañeros porque se burlan de sus dientes, el 35% lo que equivale a 33 niños lo evita pocas veces y el 28% es decir 26 niños nunca evitan conversar con sus compañeros por temor a burlas.

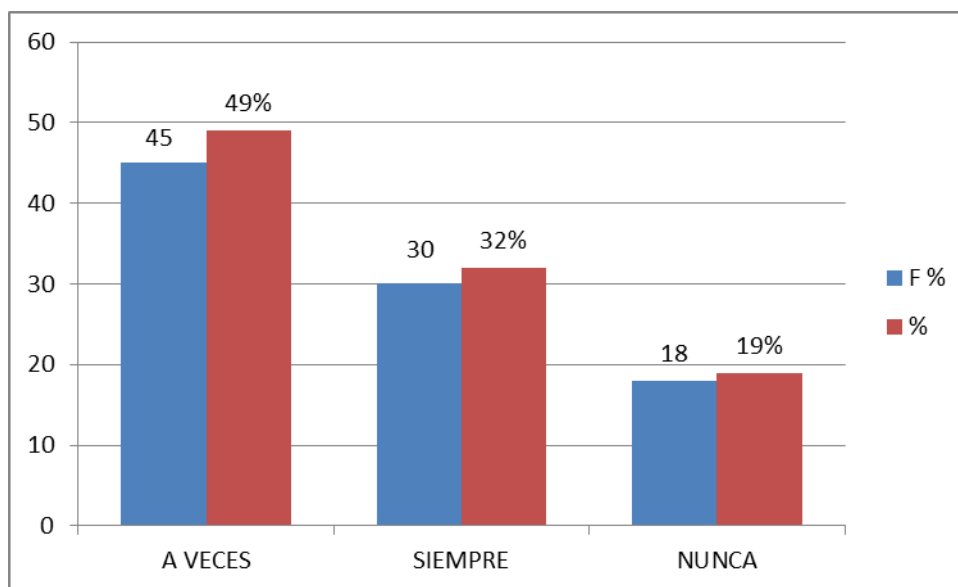
Según dice Carlos Mingote, El malestar de los jóvenes...**Desde los primeros años de nuestra vida vamos construyendo nuestro propio concepto, nuestra autoimagen, el sentido de nosotros mismos de acuerdo con los mensajes que recibimos de los demás. Conforme las otras personas nos consideran, nos tratan, así pensaremos y creeremos que somos desde niños...**pag.34

Al analizar los porcentajes de las encuestas a los escolares el 37% de los niños evita conversar con sus compañeros por la posición de sus dientes, lo que influye de manera significativa al momento de relacionarse con los demás, ocasionando problemas a futuro ya que serán niños que no se sienten bien con su aspecto facial, lo que da como resultado problemas de autoestima, provocando que estos escolares estén reprimidos y poco participativos.

GRAFRICUADRO N° 9

Te gusta sonreír cuando te tomas fotos

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Siempre	30	32
A veces	45	49
Nunca	18	19
TOTAL	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a la encuesta realizada a los escolares de 9 a 12 años de la Escuela Blanca Cuadros se comprobó que el 49% de los niños lo que corresponde a 45 niños sonríen para las fotos solo a veces, el 30% es decir 32 niños siempre sonríen y el 19% lo que quiere decir que 18 niños nunca sonríen al tomarse las fotos.

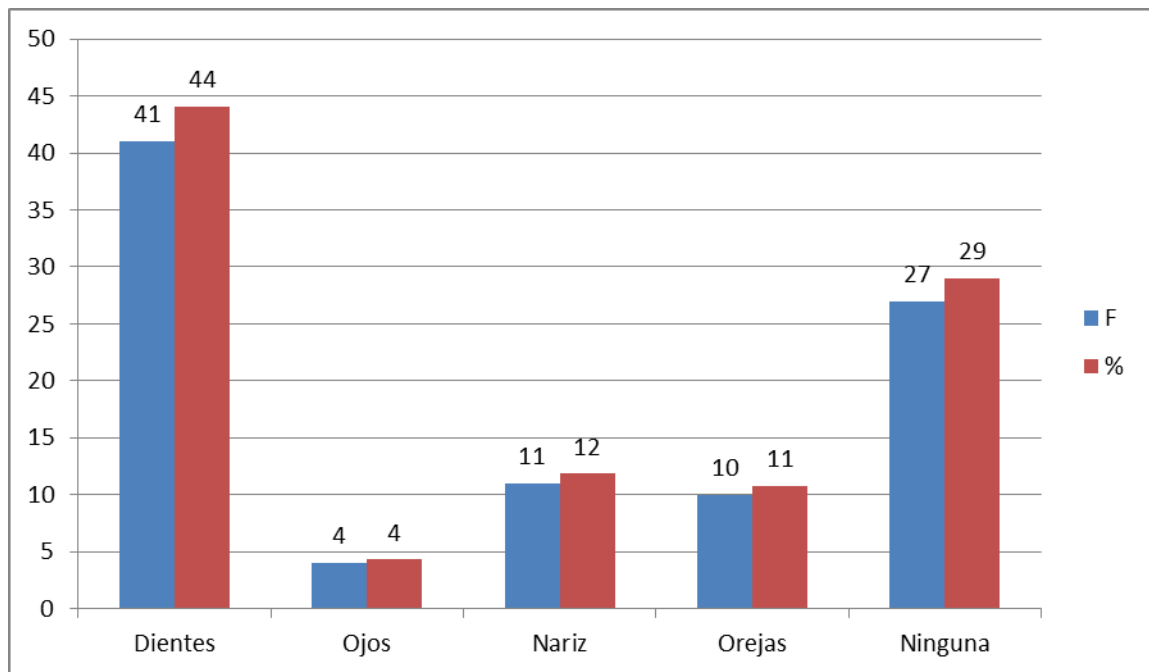
De acuerdo a lo escrito por C. Suarez; Tratado de otorrino. Y cirugía de cabeza y cuello,...**Los dientes confieren unas características estéticas evidentes a la cara, considerados como entes aislados y como partes del conjunto de las arcadas. En ello intervienen aspectos como su color, su forma, su posición, pudiéndose incluso establecer una gradación en orden de importancia para diferenciar entre valores más o menos subjetivos y con repercusiones más o menos locales...**pág.. 14

Según lo analizado en el graficuaradro N° 9 es alto el número de niños inconformes en base a su aspecto facial, lo que se refleja con el autoestima de cada escolar que no sonríen al momento de tomarse fotos por evitar que se vean sus dientes ya que los dientes confieren características estéticas evidentes a la cara.

GRAFICUADRO N° 10

Que parte de tu cara no te agrada

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Dientes	41	44
Ojos	4	4
Nariz	11	12
Orejas	10	11
Ninguna	27	29
Total	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos de la encuesta a los escolares de 9 a 12 años el 42% es decir a 41 niños no les agrada sus dientes, el 12% lo que corresponde a 11 niños no se sienten bien con su nariz, el 11% lo que equivale a 10 niños no les agrada sus orejas y al 4% es decir 4 niños no se sienten bien con sus ojos. el 29% lo que corresponde a 27 niños están contentos como se ven.

Según lo escrito por Cristophe André, Practicas de Autoestima ...**Los niños que no están satisfechos con su estética dental se acomplejan mucho de cómo lucen sus dientes, aunque en ocasiones este complejo es inconsciente...** pág... 28

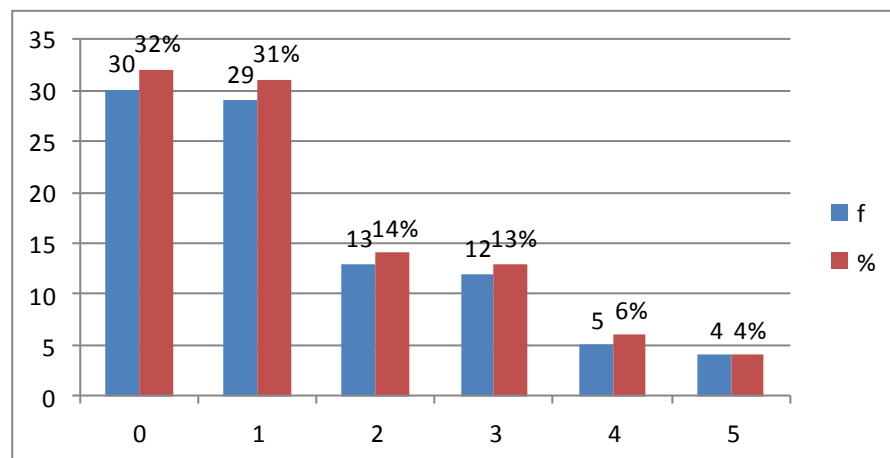
Según los datos obtenidos el 42% de los escolares no se sienten bien con sus dientes lo que demuestra que la posición de los dientes es un tema que afecta de gran manera a los escolares ya que confieren características desagradables que se relacionan con las alteraciones dentofaciales no se sienten a gusto con la posición de sus piezas dentarias, por lo cual ellos evitan mantener relaciones interpersonales con sus compañeros.

7.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS REALIZADAS A LOS ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA BLANCA CUADROS DEL SITIO VALDEZ DEL CANTÓN ROCAFUERTE

GRAFICUADRO Nº 1

Caries en dentición permanente en los escolares de 9 a 12 años de la Escuela Blanca Cuadros

CARIES	FRECUENCIA	%
0	30	32
1	29	31
2	13	14
3	12	13
4	5	6
5	4	4
TOTAL	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros

RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En base a los resultados obtenidos de las fichas de observación que se realizaron a los escolares de 9 a 12 años la mayor frecuencia, es decir el 32% de los escolares lo que equivale a 30 niños presentaron 0 caries dental, seguido del 31% es decir 29 escolares con 1 caries, en menor frecuencia se presento el 14% con 2 caries, el 13% con 3 caries, y el menor porcentaje de 6% que representa 4 caries y 4% con 5 caries.

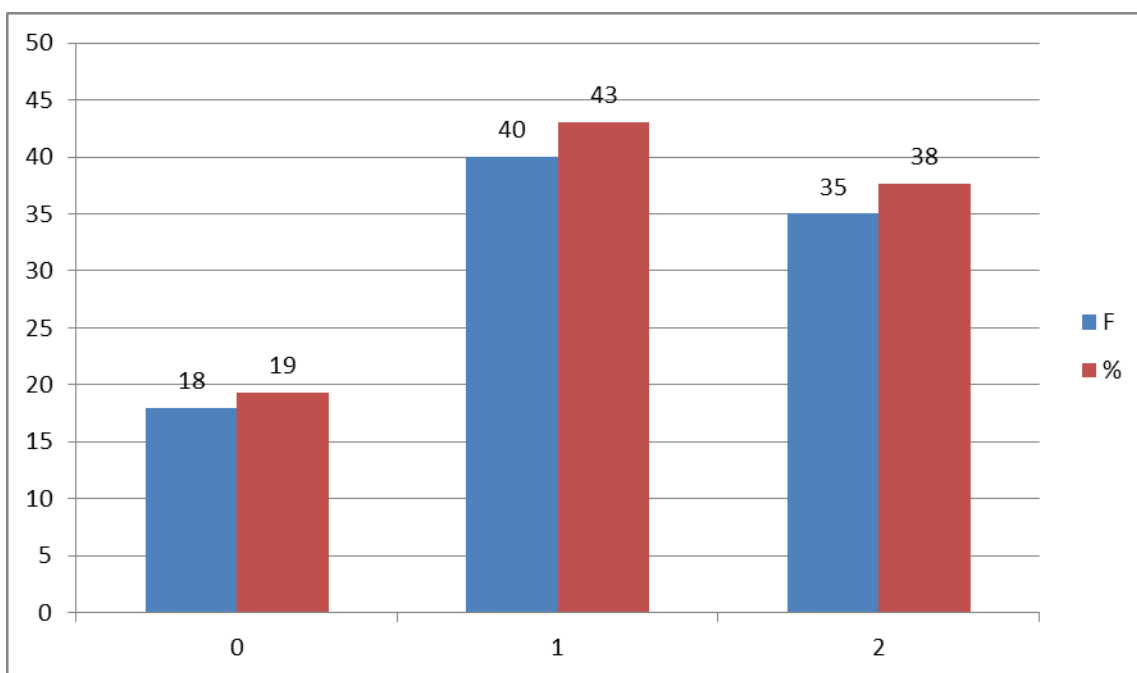
Según el libro escrito por Herrera Joaquín, Atención Farmacéutica en Pediatría: **...La caries dental es el principal problema de salud bucal en las poblaciones y se presenta desde los primeros años de vida en muchos países industrializados y no industrializados, como una enfermedad que alcanza grados variables de severidad, con consecuencias negativas para la salud. En la niñez está asociada con dificultades en el desarrollo del lenguaje y problemas psicológicos relacionados con la autoestima del niño...pág. 16**

De acuerdo a los datos obtenidos de la ficha de observación la caries afecta en un 68% a los niños, lo que permite observar que siendo el principal problema de salud bucal no se da la importancia necesaria, ya que esta afecta de diversas maneras a la salud oral generando en ciertos pacientes la perdida prematura de sus piezas dentarias temporales, y permanentes y por ende ocasionando alteraciones dentofaciales e indirectamente afectando a los escolares en su autoestima.

GRAFICUADRO N° 2

Piezas permanentes obturadas en los escolares de 9 a 12 años de la Escuela Blanca Cuadros

OBTURADOS	FRECUENCIA	%
0	18	19
1	40	43
2	35	38
Total	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros

RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuario N° 2 la mayor frecuencia, es decir 40 niños que equivalen al 43% tuvieron 1 obturación, 35 niños es decir el 38% presentaron 2 obturaciones y en menor frecuencia, 18 escolares que equivalen al 19% no presentaron obturaciones.

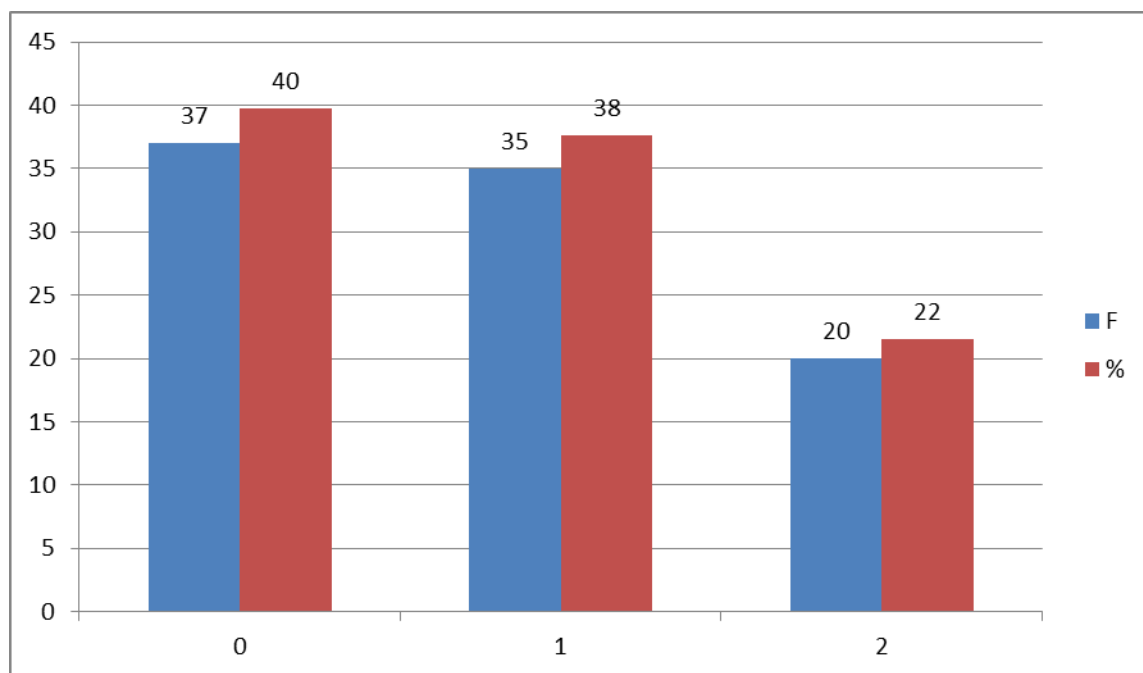
Según la pág. de internet Ascensión Cárdenas Palma., Técnicas de Ayuda Odontológica...**Los primeros molares permanentes son las estructuras dentarias más susceptibles a la caries dental. Los dientes que están afectados por el deterioro (caries o cavidades) necesitan una obturación. Los avances en materiales y técnicas dentales proporcionan métodos nuevos y eficaces para restaurar los dientes...**pág.. 15

Basado en las fichas de observación, los escolares a los que se les realizó obturaciones son pocos ya que el 19% no presentan restauraciones lo que demuestra que existen piezas con caries que no han sido restauradas por lo que se debe dar más importancia a la salud oral, y por ende evitar la pérdida prematura de las piezas dentarias y que se produzcan las migraciones de los dientes.

GRAFICUADRO N°3

Piezas dentarias permanentes perdidas en los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros.

#DE DENTARIAS PERDIDAS	PIEZAS	FRECUENCIA	%
0		37	40
1		35	38
2		20	22
TOTAL		93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En base a los datos obtenidos de las fichas clínicas el 40% de los escolares lo que equivale a 37 niños no han sufrido pérdida de piezas permanentes, el 38% es decir, 35 escolares han perdido 1 pieza permanente y en menor frecuencia el 20% ha perdido 2 piezas permanentes prematuramente.

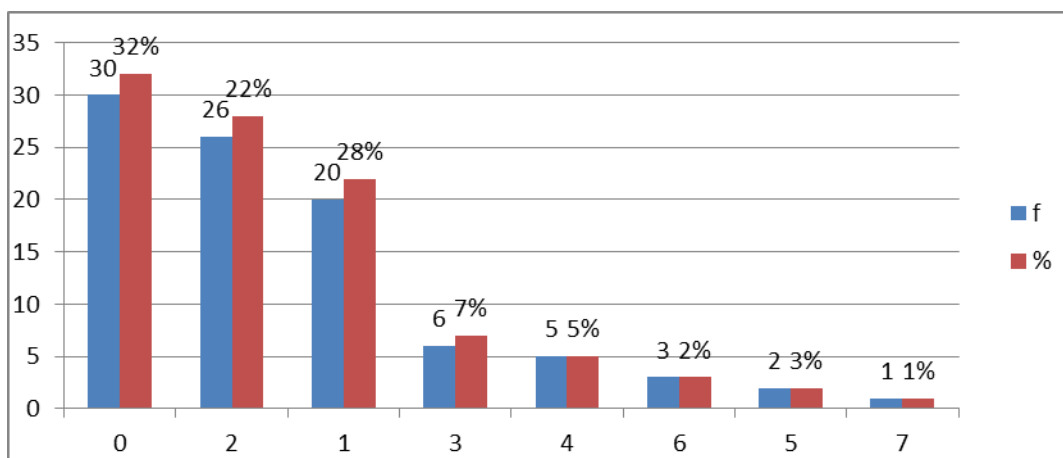
Según lo escrito por Ascensión Cárdenas Palma, *Técnicas de Ayuda Odontológica...* **Con la pérdida del primer molar permanente se desarrollará una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes que se encuentran anteriores al espacio pueden presentar movimientos...** 16

En base a los datos de las fichas clínicas el 60% de los escolares han perdido piezas permanentes lo que es un porcentaje significativo tomando en cuenta que este problema causa desplazamiento de los dientes que se encuentran anterior a las piezas perdida, ocasionando apiñamiento incluso problemas en la oclusión por lo que se debe tratar oportunamente con la colocación de mantenedores de espacio, aparatología protésica y así poder evitar los desplazamientos de las piezas dentarias.

GRAFICUADRO N° 4

Resultado de la ficha de observación del ceo a los escolares de 9 a 12 años de la Escuela Blanca Cuadros

CARIES	FRECUENCIA	%
0	30	32
1	20	22
2	26	28
3	6	7
4	5	5
5	2	2
6	3	3
7	1	1
TOTAL	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 93 escolares a los que se le realizó la ficha de observación 30 niños que equivalen al 32% no presentan caries dental, el 22% está representado por 20 escolares que presentan 1 caries, 26 niños que equivale al 28% presentan 2 caries, y en menores porcentajes, 7% 3 caries, 5% 4 caries, 2% 5 caries, 3% y 1% que representa a seis y 7 caries respectivamente.

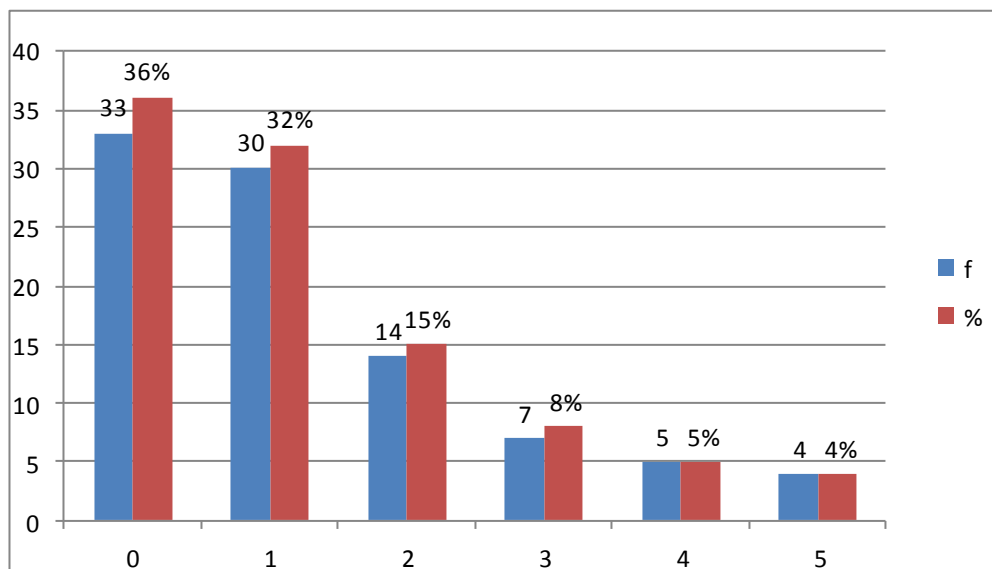
Según la página de internet, <http://www.ortodoncia.ws>... **Hay que tener un especial cuidado con la dieta y la ingesta de alimentos de dulces, específicamente los duros o pegajosos que al morderlos dejan una capa gruesa y difícil de remover que puede iniciar la desmineralización de la superficie dental y penetrar en las fosas y fisuras de los molares produciendo caries...**pág... 11

De los resultados obtenidos del graficuarlo el 68% de los escolares presenta caries en dentición decidua por lo que se demuestra que la caries está afectada de gran manera a los escolares, a lo que debe dársele mayor importancia para así evitar pérdidas prematuras y por ende la pérdida de espacio y la mal posición de las piezas dentarias.

GRAFICUADRO Nº 5

Piezas extraídas en dentición decidua de los escolares de 9 a 12 años de la Escuela Blanca.

EXTRADOS	FRECUENCIA	%
0	30	32
1	33	36
2	14	15
3	7	8
4	5	5
5	4	4
TOTAL	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El grafic cuadro N° 5 refleja que el 32% de los escolares lo que equivale a 30 niños no han presentado extracciones, seguido del 36% que representa a 33 niños con 1 pieza extraída, el 15% a perdido 2 piezas y en menor frecuencia el 8% que ha perdido 3 piezas temporales, 5% de los escolares a perdido 4 piezas y el 4% de los niños han perdido 5 piezas.

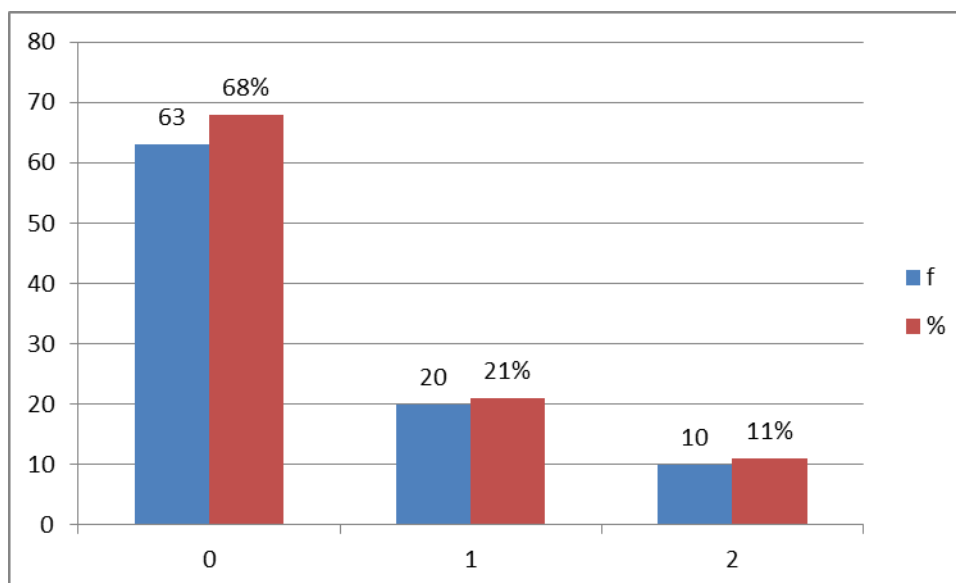
Según Cristophe André, Prácticas de Autoestima;...**La pérdida prematura de los dientes temporales producen alteraciones en el desarrollo óseo, maloclusiones, pérdida del espacio necesario para que el diente definitivo pueda surgir. Etc. Se debe procurar que los dientes se mantengan en boca el máximo tiempo posible, y si es necesario extraerlos por infección o cualquier motivo, habrá que tomar las medidas preventivas ortodóncicas necesarias para que no se pierda el espacio en la arcada por el desplazamiento de las piezas dentales adyacentes...**pág. 28

De acuerdo a los datos obtenidos en las fichas de observación el 68% de los escolares han perdido piezas temporales esto produce alteraciones en el desarrollo óseo, mal oclusiones y perdida de espacio necesario para que el diente definitivo pueda erupcionar en una correcta posición, por este motivo es conveniente mantenerlo el mayor tiempo posible en boca para evitar problemas en la correcta posición de las piezas dentarias.

GRAFICUADRO N ° 6

Piezas obturadas en la dentición decidua de los escolares de 9 a 12 años de la Escuela Blanca Cuadro.

OBTURADOS	FRECUENCIA	%
0	63	68
1	20	21
2	10	11
TOTAL	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros

RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En base a los datos obtenidos de las fichas clínicas para analizar las piezas obturadas en los escolares de 9 a 12 años se encontró que el 68% lo que corresponde a 63 niños no presentan obturaciones en las piezas temporales, el 21% es decir 20 niños presentan 1 obturación y en menor porcentaje el 11% es decir 10 niños presentan 2 obturaciones en las piezas temporales.

De acuerdo a lo que expresa *la pág. de internet* www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009... **La dentición temporal es importante en sí misma y para el futuro de la dentición definitiva. Aparte de la función propia de todo diente, que desempeña durante unos años, mientras son sustituidos por los dientes definitivos, su permanencia en boca es crucial para el correcto crecimiento de la dentición definitiva...**pág. 11

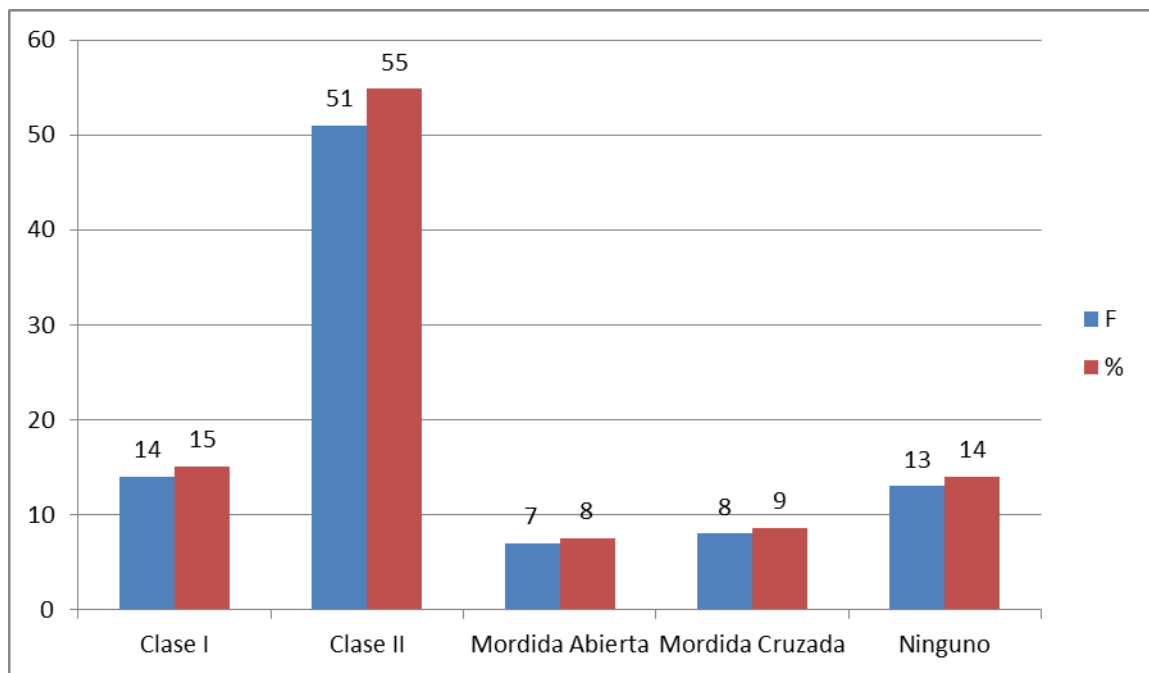
Según el análisis de los datos obtenidos el 68% de los niños no presentan piezas obturadas lo que demuestra que no se le está dando la atención oportuna a la salud dental de los escolares lo que les provocara problemas, ya que al existir caries y no ser restauradas a tiempo llevara a la perdida prematura de manera que afectara mayormente el correcto desarrollo dentofacial de los escolares.

GRAFICUADRO N° 7

Clase de oclusión dentaria en los escolares de 9 a 12 de la Escuela Blanca

Cuadros.

OCCLUSIÓN	FRECUENCIA	%
CLASE I	14	15
CLASE II	51	55
MORDIDA ABIERTA	7	8
MORDIDA CRUZADA	8	9
NINGUNO	13	14
TOTAL:	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En base a los resultados que se obtuvieron en la realización de las fichas de observación para determinar los tipos de oclusión de los escolares en la que se encontró que el 15% lo que corresponde a 14 escolares presentan oclusión de clase I, un 55% de los escolares que corresponde a 51 escolares lo que corresponde a una clase II, 9% de escolares lo que equivale a 8 escolares corresponde a mordida cruzada, el 8% que corresponde a 7 escolares que corresponde a mordida abierta, y el 14% es decir 13 escolares no presentan ninguna de las anteriores.

Según Félix de Carlos Villafranca; Higienistas dentales, ...**La maloclusión es la alineación incorrecta de los dientes. Puede ser debido a anomalías de tamaño o de la posición de los dientes, del tamaño relativo de las arcadas dentarias y su alineación, o de los tipos de relaciones oclusales...**pág. 20

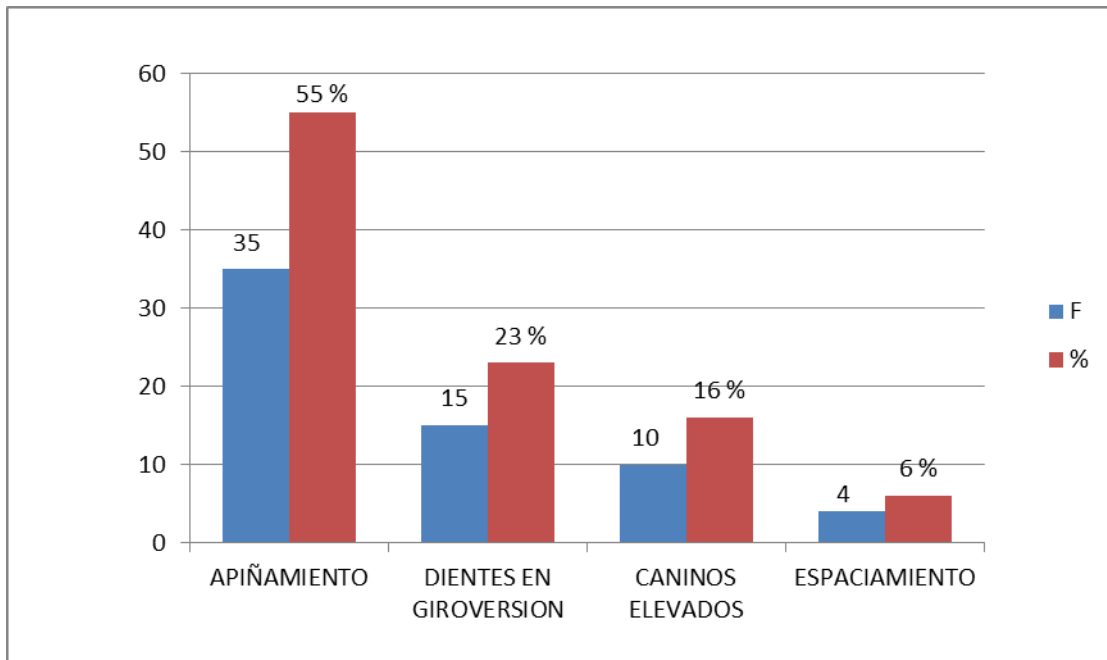
Según el análisis de los resultados obtenidos en las fichas clínicas realizadas a los escolares de 9 a 12 años los niños sufren problemas de mal oclusión lo que les afecta no solo la posición de sus dientes sino también sus relaciones interpersonales, de esta manera también su autoestima lo que le afecta al comunicarse con sus demás compañeros.

GRAFICUADRO N ° 8

Mal posiciones dentarias en los escolares de 9 a 12 años de la Escuela

Blanca Cuadros

MAL POSICIONES	FRECUENCIA	%
APIÑAMIENTO	35	55
ESPACIAMIENTO	4	6
CANINOS ELEVADOS	10	16
DIENTES EN GIROVERSIÓN	15	23
NINGUNA	14	
TOTAL	93	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En las estadísticas basadas en las fichas de observación realizadas a los escolares el 55% de los escolares lo que corresponde a 35 niños presentan apiñamiento dental lo que indica que se desconoce cómo evitar problemas de mal posiciones dentarias, el 23% es decir 15 niños presentaron dientes en giroversión, el 16% que representa a 15 niños presenta problema de caninos elevado y un 6% es decir 4 niños presentan espaciamiento dental.

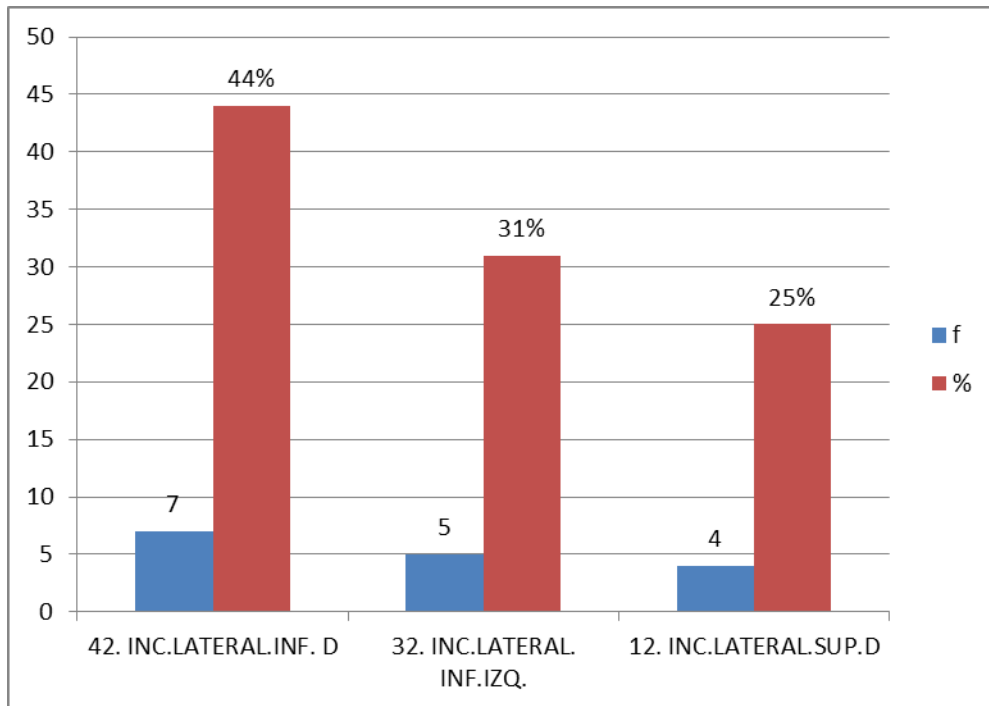
Según Jaume Janer; *Sonríe sin complejos*; (2008);...**Los dientes pueden presentarse rotados, por dentro o por fuera de la arcada, aparcados (en doble fila), por arriba o por debajo del nivel de sus dientes vecinos. Estos problemas, ya sean heredados o adquiridos, no solo afectan el alineamiento de los dientes, sino también la apariencia facial...**

Como resultado de la ficha clínica se pudo comprobar que el 55% de los escolares de la Escuela Blanca Cuadros presenta apiñamiento dental lo que prueba que es un problema frecuente en los escolares. Además de existir otras mal posiciones como diastema, caninos elevados problemas que puede ser adquirido o heredados que afectan no solo la alineación de los dientes sino también la apariencia facial.

GRAFICUADRO # 9

PIEZAS EN GIROVERSIÓN

PIEZAS EN GIROVERSION	FRECUENCIA	%
12. INC.LATERAL.SUP.D	4	25
42. INC.LATERAL.INF. D	7	44
32. INC.LATERAL. INF.IZQ.	5	31
TOTAL:	16	100



FUENTE : Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el grafic cuadro N° 9 a través de la ficha de observación realizada a los escolares de 9 a 12 años de la Escuela Blanca Cuadros se analizaron los porcentaje de las piezas en giroversión que está representada por el 49% la pieza 42, con el 37% la pieza 32 y por ultimo con el 14% la pieza 12.

Según lo escrito por PAOLA MARÍA Botero, Manual para la realización de historias clínica odontológica del escolar,...**La giroversión es la consecuencia de un patrón eruptivo anómalo o deficiente. El diente va a erupcionar, pero no se posicionará correctamente dentro de la arcada, no se va alinear, la alteración puede ser en sentido vestíbulo lingual o mesio distal...**pág.. 14

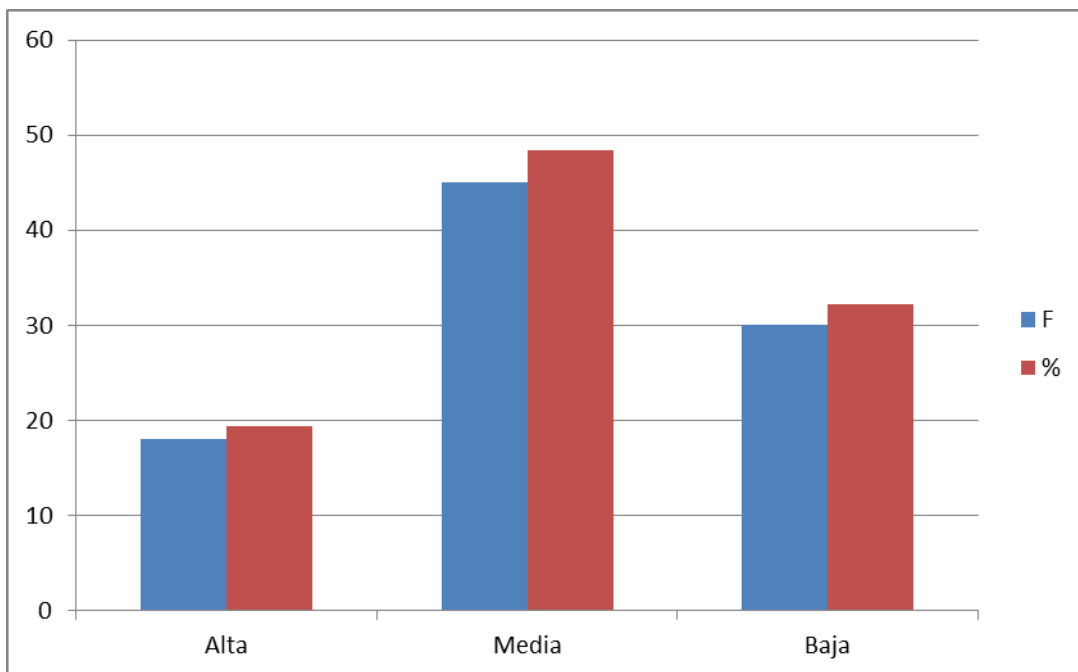
Según lo analizado las piezas en giroversión las más frecuente son las piezas dentarias anteriores lo que afecta además de la dentición permanente y, la apariencia facial de los niños ya que por estar en el sector anterior son causa de burla de parte los demás niños lo que hace que los niños eviten relacionarse con los demás por temor a burlas.

7.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEL TEST DE AUTOESTIMA A LOS ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA BLANCA CUADROS DEL SITIO VALDEZ DEL CANTÓN ROCAFUERTE

GRAFICUADRO Nº 11

TEST DE AUTOESTIMA

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
ALTA	18	19
MEDIA	45	49
BAJA	30	32
Total:	93	100



FUENTE: Test de autoestima dirigido a los escolares de 9 a 12 años de la escuela Blanca Cuadros
RESPONSABLE: Patricia Cedeño Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos del test de autoestima de 9 a 12 años el 19% es decir a 18 niños tienen autoestima alta, el 49% lo que corresponde a 45 niños tienen autoestima media, el 32% lo que equivale a 30 niños tiene autoestima baja.

Según el libro Marta Sandurri Brugue, el desarrollo de los niños paso a paso,... **durante la edad escolar, las evaluaciones negativas se organizan como rasgos muy notables que pueden ser resistentes a los intentos reiterados de des conformación. A medida que la capacidad de autoevaluarse se va desarrollando, los niños empiezan a ser conscientes de cuales son lo cánones culturales de belleza que su sociedad valora. Los estudios actuales señalan que durante la etapa preescolar, los efectos negativos de los estándares sociales sobre el aspecto físico aun no se hacen sentir, y tanto las niñas como los niños se muestran satisfechos con su aspecto físico. Sin embargo, en la edad escolar empiezan a emerger los mecanismos de autovaloración...pag.27**

Según los datos obtenidos el 49% de los escolares tienen autoestima media, es decir baja positiva y alta negativa, lo que implica que una gran mayoría de escolares tienen problemas de autoestima, lo que debe ser tomado en cuenta a tiempo, evitando que siga creciendo este desequilibrio emocional.

7.4. CONCLUSIONES

Por medio de las encuestas realizadas a los niños se pudo observar que el 68% de los escolares tienen el hábito de succión digital y el 48% el hábito de morder esferos entre otros como morder sus uñas y chuparse el labio, demostrando que los hábitos orales influyen y se relacionan de manera considerable en la alteración dentofacial de los escolares, reflejándose en sus cavidades orales mal posición dentaria, lo que altera la estética facial.

Un 68% de los escolares han perdido piezas dentarias temporarias prematuramente, 60% han perdido piezas dentarias permanentes lo cual afecta la alineación dental ya que el 55% de los escolares presentan una oclusión clase II lo que se relaciona con la pérdida prematura de piezas dentales.

Al realizar el test de autoestima a los escolares se comprobó que el 49% de los escolares tienen autoestima media, rango que abarca autoestima baja positiva y autoestima alta negativa, ante lo cual los padres de familia tienen la obligación de estar informados sobre este tema tan crucial para el desarrollo psicosocial.

La autoestima de los niños y niñas escolares de edad comprendida entre 9 a 12 años está relacionada entre otros factores por las alteraciones dentofaciales, producto de malos hábitos orales, pérdida prematura de piezas dentales y descuido por parte de los progenitores.

En los escolares investigados se pudo constatar que no se les realizan controles periódicos, por ende en ellos se presenta un porcentaje elevado de pérdida de piezas dentarias prematuramente causado por los altos índices de caries, alterando la posición de la erupción de las piezas dentarias permanente reflejándose en ellos una baja autoestima ya que se ven afectados en su apariencia física, por lo que se considerando necesario brindar la información oportuna para que los padres de familia lleven a los controles periódicos a sus hijos para vigilar que no se acentúen las alteraciones dentofaciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. JANER JAUME.(2008): Sonríe Sin Complejos:
2. ANDRÉ CRISTOPHE.(2008): Practicas de Autoestima: pág. 2, 27
3. EUSTASIO ALONSO. El Talento de Vivir:(2007)
4. MINGOTE CARLOS y otros. (2007):El Malestar de los Jóvenes: Madrid – España: Editorial Edi Díaz de Santos: pág. 428
5. PERPIÑAN SONSOLES. (2009): Atención Temprana: Madrid - España Editorial Narcea
6. GAN FEDERICO. (2006): Manual de Instrumentos de Gestión y Desarrollo de las Personas en las Organizaciones: Madrid – España :Ediciones Díaz de Santos:
7. Como Evitar el Fracaso Escolar. (2006):Editorial Narcea: pág. 53, 103
8. ROTERO PAOLA MARÍA. (2007). Manual para Realización de Historias Clínicas Odontológica: Colombia: Editorial Educc: pág.: 58, 80.
9. VELAYOS JOSÉ LUIS. (2007): Anatomía de la Cabeza para Odontólogos 4ta Edición: Editorial Medica Panamericana: Madrid – España: pág. 123, 124.
10. PALMA CÁRDENA ASCENSIÓN. Y otros. (2007): Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica: Madrid- España: Editorial Paraninfo: pág. 69.

11. HERRERA JOAQUÍN y otros. (2007): Atención Farmacéutica en Pediatría: España: Editorial Elsevier: pág. 481,483
12. RODRÍGUEZ OSCAR (2007): Autoestima para Ganadores: Lima – Perú: Editorial Palomino.
13. PROFFIT WILLIAM. (2008): Ortodoncia Contemporánea: Barcelona – España: Editorial Elsevier. Pág. 25.
14. JIMENEZ MARÍA AMELIA. (2008): Odontopediatría en Atención Primaria: España: Editorial Vértice. Pág. 142, 205.
15. CARLOS G. REDONDO. (2008): Atención al Adolescente: España: Editorial Publicar.
16. DUQUE LUIS GUILLERMO. (2006). Semiología Médica Integral: Colombia: Editorial Universidad de Antioquia: pág. 288
17. GÓMEZ MARÍA ELSA. (2008): tercera edición: Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental: Madrid – España: Editorial Médica Panamericana: pág. 8
18. NIETO CARLOS SUAREZ. (2008): Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de la Cabeza y Cuello: España – Madrid: Editorial Médica Panamericana: pág. 227
19. UREÑA HARFIN. (2010): Ortodoncia Lingual: Buenos Aires – Argentina: Editorial Médica Panamericana. Pág. 69
20. VILLAFRANCA FELIX DE CARLOS. (2006): Higienistas Dentales: Editorial Mad. S.L: pág. 57
21. Dr. POSSE RAUL. (2006): El Arte de Saber Educar: Madrid-España: Editorial Safeliz.

22. SADURRI MARTA. (2008): El Desarrollo de los Niños, Paso a Paso:3ra Edición: Barcelona: Editorial UOC. Pág. 199
23. AGUDELO MARIN. (2008): Manual de Pediatría Ambulatoria: Bogotá- Colombia. Editorial Medica Panamericana: pág. 124
24. PEREZ ROSA.(2010):Método AIDA:1era Edición: Barcelona: Editorial Salsa Books: pág. 20
25. BRANDEN NATHANIEL.(2010):Como Mejorar su Autoestima: Madrid :Editorial Espasa: pág. 15

INFORMACIÓN BAJADA DE INTERNET

26. <http://www.alfinal.com/odontologia/maloclusiondental.php>
27. <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
28. [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)_03/p3.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_03/p3.html)
29. <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art13.asp>
30. http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/dientes_apinados.htm#2
31. <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
32. http://www.pediatraldia.cl/dientes_ninos.htm
33. <http://www.clubbyb.com/index.php?id=315>
34. <http://laodontologia.blogspot.com/2007/01/perdida-prematura-de-piezas-dentarias.html>
35. <http://www.salud.com/salud-dental/primera-visita-al-dentista>.
36. http://www.ces.edu.co/Descargas/Od_21N1_Pag9_16.

37. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Estructura-Dentaria/2960617.html>
38. <http://www.aepap.org/familia/denticion.htm#>
39. [http://www.slideshare.net/HistoOdontoPy/dientes-primarios 7](http://www.slideshare.net/HistoOdontoPy/dientes-primarios-7)
40. http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/dientes_apinados.htm

TITULO DE LA PROPUESTA

“Charlas educativas dirigida a los padres de familia y los escolares para mejorar la salud oral y concienciar sobre la consecuencia los hábitos orales y pérdida prematura de las piezas dentales”.

ENTIDAD EJECUTORA.

Escuela Blanca Cuadros

CLASIFICACION DEL PROYECTO

Tipo educativo

LOCALIZACION GEOGRAFICA

La Escuela Blanca Cuadros se encuentra en el sitio Valdez del Cantón Rocafuerte.

2. JUSTIFICACION

De acuerdo a los resultados obtenidos en este proceso investigativo se pudo observar que muchos de los escolares sufren de una baja autoestima debido a la desarmonía dental producto de malos hábitos orales y la pérdida prematura de piezas temporales

Mediante esta propuesta se pretende beneficiar a los niños dando a conocer las consecuencias de los hábitos orales y lo que puede ocasionar la poca atención que se le da a la salud oral, por ende contribuir a elevar su autoestima. Incentivando de esta manera la importancia que se debe dar a la salud oral.

Se realizaran ciclos de charlas en salud oral para prevenir las consecuencias que se presentan cuando se practican malos hábitos orales y pérdida de piezas dentales

prematuramente en los escolares por haber encontrado problemas de desarmonía dental, con el fin de educar como mantener una buena salud oral.

3. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Brindar la información oportuna y adecuada dirigida a los padres de familia y a los escolares del centro educativo para que adquieran los conocimientos adecuados de como mantener una buena salud oral y mejorando la autoestima.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Promover la salud oral en los escolares por medio de la sensibilización al uso de implementos básicos de aseo de higiene oral.

Proporcionar la información adecuada a los padres de familia y a los escolares sobre las consecuencias que acarrear los malos hábitos orales y la pérdida prematura de piezas dentales.

4. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA

La presente propuesta de tipo educativo dirigida a los escolares y padres de familia de la Escuela Blanca Cuadros tiene como finalidad, proporcionar la información adecuada para que los padres sean motivados a que se aplique en los niños los tratamientos de cuidado preventivo y por ende evitar perdida prematura de la piezas dentarias de la dentición decidua y permanente, que como consecuencia se de las migraciones dentarias las que repercuten en las alteraciones dentofaciales afectando por ende a la autoestima de los escolares.

5. BENEFICIARIOS

5.1. BENEFICIARIOS DIRECTOS

Los escolares de la escuela Blanca Cuadros serán los beneficiarios directos.

5.2. BENEFICIARIOS INDIRECTOS

Los beneficiarios indirectos serán los padres de familia.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta de alternativa de solución consta de

Socialización de los resultados obtenidos de la investigación

Coordinación de las charlas educativas con autoridades de la escuela

Elaboración del material educativo (gigantografía, trípticos)

Charlas educativa a los padres de familia y escolares

Entrega de gigantografía y trípticos

8. Cronograma de ejecución de la propuesta

ACTIVIDAD	DICIEMBRE				ENERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Socialización de los resultados obtenidos de la investigación				X				
Coordinación de las charlas educativas con autoridades de la escuela				X				
Elaboración del material educativo (gigantografía, trípticos)					X			
Charlas educativa a los padres de familia y escolares						X		
Entrega de gigantografía y trípticos							X	X

9. PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FINANCIAMIENTO
					AUTOGESTIÓN
TRIPTICOS	1	Unidad	1.00	1.00	1.00
TRIPTICOS	200	Unidad	0.03	6.00	6.00
GIGANTOGRAFIA	1	Unidad	20.00	20.00	20.00
TOTAL	202	Unidad	21.003	27.00	27.00

10.
SO
ST
ENI
BIL
IDA
D

La propuesta es sostenible, gracias a que el subcentro de salud cercano a este centro educativo está presto a colaborar ya que cuenta con un Departamento de Odontología,

donde el personal del subcentro tiene la predisposición de seguir impartiendo las charlas adecuadas dirigidas a los padres de familia y a los escolares, manteniéndolos informados sobre las alteraciones que se pueden presentar al no tener buenos hábitos de salud oral causando así problemas de mal posiciones, las charlas ayudaran de esta manera a conocer la importancia de una buena salud oral.

11. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Los gastos de este proyecto son financiados en su totalidad por la autora.

Anexos

Anexo 1

ARBOL DEL PROBLEMA



PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
Computadora	1	Unidad	700	700	700	
Fotocopias	2000	Unidad	0,03	60	60	
Papel	2	Resma	4,50	9,00	9,00	
INTERNET mes	20	Horas	1,00	20	20	
Tinta negro	2	Tóner	37,00	74	74	
Tinta color	2	Tóner	41,00	82	82	
Materiales de Oficina	14	Unidad		11	11	
Pen drive	1	Unidad	10,00	10	10	
Viáticos		Dólar		150	150	
Guantes	2	Caja	8,00	16	16	
Mascarillas	1	Caja	4,00	4,00	4,00	
Anillados	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
Empastados	4	Unidad	5,00	20	20	
Subtotal				1.162	1.162	
Imprevistos				116	116	
Total				1.278	1.278	

Id	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	Cronograma																																					
					1	11	18	25	02	09	16	23	30	06	13	20	27	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	04	11	18
1	ELABORACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	163 días	lun 26/09/11	sáb 25/02/12	[Gantt bar]																																					
2	RECOMPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN	25 días	lun 26/09/11	Jue 20/10/11	[Gantt bar]																																					
3	Recopilación de textos acordados con e	7 días	lun 26/09/11	dom 02/10/11	[Gantt bar]																																					
4	Selección de la información bibliográ	15 días	lun 03/10/11	lun 17/10/11	[Gantt bar]																																					
5	Depuración de los contenidos	3 días	mar 18/10/11	Jue 20/10/11	[Gantt bar]																																					
6	REDACCIÓN DEL MARCO TEORICO	22 días	vie 21/10/11	vie 11/11/11	[Gantt bar]																																					
7	Redacción del marco teórico	18 días	vie 21/10/11	lun 07/11/11	[Gantt bar]																																					
8	Corrección del marco teórico	4 días	mar 08/11/11	vie 11/11/11	[Gantt bar]																																					
9	APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN I	40 días	sáb 12/11/11	mié 21/12/11	[Gantt bar]																																					
10	Aplicación de la prueba piloto de los ir	1 día	sáb 12/11/11	sáb 12/11/11	[Gantt bar]																																					
11	Aplicación de las encuestas	14 días	dom 13/11/11	sáb 26/11/11	[Gantt bar]																																					
12	Aplicación de la observación	25 días	dom 27/11/11	mié 21/12/11	[Gantt bar]																																					
13	TABULACIÓN E INTERPRETACION DE	15 días	Jue 22/12/11	Jue 05/01/12	[Gantt bar]																																					
14	Tabulación de los resultados	5 días	Jue 22/12/11	lun 26/12/11	[Gantt bar]																																					
15	Graficación estadística de la informac	2 días	mar 27/12/11	mié 28/12/11	[Gantt bar]																																					
16	Análisis e interpretación de los result	5 días	Jue 29/12/11	lun 02/01/12	[Gantt bar]																																					
17	Evaluación del alcances de los objetiv	3 días	mar 03/01/12	Jue 05/01/12	[Gantt bar]																																					
18	REDACCIÓN DE LAS CONCLUSIONES	4 días	vie 06/01/12	lun 09/01/12	[Gantt bar]																																					
19	Redacción de las conclusiones	4 días	vie 06/01/12	lun 09/01/12	[Gantt bar]																																					
20	DISEÑO DE LA PROPUESTA	5 días	mar 10/01/12	sáb 14/01/12	[Gantt bar]																																					
21	Planificación de la propuesta	2 días	mar 10/01/12	mié 11/01/12	[Gantt bar]																																					
22	Elaboración de la propuesta	3 días	Jue 12/01/12	sáb 14/01/12	[Gantt bar]																																					
23	REDACCIÓN DEL INFORME FINAL	8 días	dom 15/01/12	dom 22/01/12	[Gantt bar]																																					
24	Redacción del borrador del informe	8 días	dom 15/01/12	dom 22/01/12	[Gantt bar]																																					
25	CORRECCION DEL INFORME FINAL	19 días	lun 23/01/12	vie 10/02/12	[Gantt bar]																																					
26	Presentación del borrador del informe	3 días	lun 23/01/12	mié 25/01/12	[Gantt bar]																																					
27	Correcciones finales del borrador del i	16 días	Jue 26/01/12	vie 10/02/12	[Gantt bar]																																					
28	DEFENSA DEL INFORME FINAL	15 días	sáb 11/02/12	sáb 25/02/12	[Gantt bar]																																					
29	Aprobación de la tesis	15 días	sáb 11/02/12	sáb 25/02/12	[Gantt bar]																																					

Proyecto: cronograma
 Fecha: sab 04/02/12

Tarea (rectángulo con puntos)
 División (rectángulo con líneas)
 Progreso (rectángulo sólido)

Tareas externas (rectángulo con puntos)
 Hito externo (rectángulo con flecha)
 Fecha límite (rectángulo con flecha)

Hito (rectángulo con punto)
 Resumen (rectángulo con líneas)
 Resumen del proyecto (rectángulo con líneas)

Página 1

Anexo 2



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Encuesta dirigida a los escolares de 9 a 12 años de edad de la Escuela
Blanca Cuadros.

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

Marcar con una (X) el literal que creas conveniente:

1. **¿TE SIENTES BIEN CON TU SONRISA?**

Siempre
A veces
Nunca

2. **¿CREES TÚ QUE LA POSICION DE TUS DIENTES AFECTA TU ROSTRO?**

En ocasiones
Cuando sonrías
Siempre
Nunca

3. **¿SE HAN BURLADO ALGUNA VEZ POR LA POSICION DE TUS DIENTES?**

Tal vez
Siempre
Cuando sonrías
No lo has notado
Nunca

4. **¿PORQUE MOTIVO PERDISTE TU PRIMER DIENTE?**

Por Golpe causado por traumatismo
Por Caries
Porque era la edad
En que debías extraerlo
No Recuerdas

5. **¿TE CHUPAS EL DEDO?**

A veces
Siempre
Cuando duermes
Cuando estas nervioso
Cuando estas aburrido
Nunca

6. **¿Qué DEDOS TE CHUPAS**

El pulgar El indice El
medio El anular
Todos

7. TIENES HABITOS COMO

Chuparte el labio
Morder esferos
Respirar por la boca
Morder tus uñas

A veces
Siempre
Cuando duermes
Cuando ves tv
Cuando estas nervios
Cuando estas aburrido
No lo haces

**8. ¿EVITAS CONVERSAR
CON TUS COMPAÑEROS
PORQUE SE BURLAN DE
TUS DIENTES?**

En ocasiones
Pocas veces
Siempre
Nunca

**9. ¿CUANDO TE TOMAS
FOTOS SONRIES?**

Siempre

A Veces

Nunca

**10. ¿QUE PARTE DE TU CARA
NO TE AGRADA?**

Dientes

Ojos

Nariz

Orejas



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TEST DE AUTOESTIMA DIRIGIDO A LOS ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA BLANCA CUADROS.

Nombre:

Edad:

TEST DE AUTOESTIMA				
4 Casi siempre	3 Siempre	2 Algunas veces	1 Nunca	
	4	3	2	1
1. Tengo hábitos que me disgustan, pero no logro eliminarlos				
2. Se me facilita hacer amigos				
3. Me incomoda que los demás se burlen de mi				
4. Me gustaría cambiar mi apariencia física				
5. Me incomoda que me pongan apodos				
6. Siento que el mundo entero se ríe de mí.				
7. Suelo sentirme triste y preocupado por mi aspecto				
8. Me siento satisfecho (a) como me veo				
9. Me siento triste				
10. Resulto desagradable a los demás				

40-26	Autoestima alta (negativa)
25-21	Autoestima alta (positiva)
20-18	Autoestima baja (positiva)
17-10	Autoestima baja (negativa)

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DESARMONIA DENTOFACIAL Y SU INFLUENCIA EN EL AUTOESTIMA DE LOS ESCOLARES



Ficha Clínica dirigida a los escolares de 9 a 12 años de edad de la Escuela Banca Cuadros.

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

C	P	O	
C	E	O	TOTAL

OCCLUSIÓN DE ANGLE

CLASE I	CLASE II	CLASE III

MAL POSICIONES DENTARIAS

APIÑAMIENTO	ESPACIAMIENTO	MORDIDA CRUZADA	MORDIDA ABIERTA	CANINOS ELEVADOS
-------------	---------------	-----------------	-----------------	------------------

Anexo 3



Mordida abierta causada por habito de succion



Efectos de los hábitos orales



Desarmonía dental



Perdida prematura del 83 y73

Alexo 4



ESCOLARES REALIZANDO LAS ENCUESTAS



AYUDANDO A LOS ESCOLARES CON LAS ENCUESTAS



CHARLA EXPLICANDO EL CONTENIDO DE LOS TRIPTICOS



CHARLA SOBRE HIGIENE ORAL



ESCOLARES CON MAL POSICION

