



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de.

Odontólogo.

Tema.

Mal posiciones dentales y su relación con hábitos bucales en niños (as) de 7 a 11 años en la Escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la parroquia Colón, perteneciente al cantón Portoviejo de la provincia de Manabí, en el periodo marzo-julio 2015.

Autor:

Edgar Fabricio Sornoza Hidalgo.

Directora de tesis:

Od. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs.

Cantón Portoviejo – provincia Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Od. Yohana Geomar Macías Yen Chong Mg. Gs., certifica que la tesis de investigación titulada: Mal posiciones dentales y su relación con hábitos bucales en niños de 7 a 11 años en la Escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la parroquia Colón, perteneciente al cantón Portoviejo de la provincia de Manabí, en el periodo marzo-julio 2015, es trabajo original del estudiante Edgar Fabricio Sornoza Hidalgo, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Od. Yohana Macías Yen Chong. Mg. Gs.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Mal posiciones dentales y su relación con hábitos bucales en niños (as) de 7 a 11 años en la escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la parroquia Colón, perteneciente al cantón Portoviejo de la provincia de Manabí, en el periodo marzo-julio 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg.Gs.

Coordinadora de la carrera.

Od. Yohana Macías Yen Chong. Mg. Gs.

Directora de tesis.

Dra. Katuska Briones Solórzano. Mg.Gs.

Miembro del tribunal.

Od. Celia Ponce Faula Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo:
Mal posiciones dentales y su relación con hábitos bucales en niños (as) de 7 a 11 años
en la Escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la parroquia Colón,
perteneciente al cantón Portoviejo de la provincia de Manabí, en el periodo marzo-
junio 2015, pertenece exclusivamente al autor. Además, cedo los derechos de autor de
la presente tesis a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Edgar Fabricio Sornoza Hidalgo.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios ante todas las cosas y a mis padres Esgar Rutdael Sornoza Meza y Beatriz Azucena Hidalgo Hidalgo, que son el pilar fundamental de mi vida, muchas gracias por la paciencia y apoyo durante el transcurso y camino a este triunfo.

Gracias a Dania Montesdeoca, por estar siempre conmigo durante este gran paso que doy a mi vida, a sus padres Lauro Montesdeoca y Grecia Reasco.

Gracias a la Od. Yohana Macías Yen Chong, tutora de mi tesis, por su paciencia y ayuda durante el proceso de esta investigación, y a todos mis amigos y familiares que siempre estuvieron ahí cuando más los necesite.

Edgar Fabricio Sornoza Hidalgo.

DEDICATORIA.

A mis padres mis padres Esgar Rutdael Sornoza Meza y Beatriz Azucena Hidalgo Hidalgo, este triunfo es nuestro, sin ustedes nada hubiese sido posible.

A mi hermano, Samuel Ricci espero poder ser un gran ejemplo de vida para ti querido hermano.

Edgar Fabricio Sornoza Hidalgo.

RESUMEN.

El hábito es resultado de la repetición de un acto con determinado fin, volviéndose con el tiempo resistente a cambios. Por esto es necesario saber su prevención y tratamiento adecuado para evitar las mal posiciones dentales.

El presente trabajo tuvo como propósito investigar sobre las mal posiciones dentales y hábitos bucales en niños de 7 a 11 años en la Escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la parroquia Colón, con el objetivo de determinar la relación que hay entre los hábitos y las mal posiciones dentales.

La investigación fue de campo, de corte transversal, en la que se realizaron fichas de observación a los escolares, también encuestas aplicadas a los padres de familia. Con una muestra de 129 niños (as) que fueron seleccionados por los criterios de inclusión y exclusión propuestos en el estudio. Se aplicó a los padres una encuesta para constatar algunas variantes de conocimiento sobre hábitos.

Gracias a ello se pudo concluir que hubo una prevalencia de hábitos y de mal posición dental, siendo el hábito de mayor frecuencia la onicofagia y la mal posición dental, el diastema.

Palabras claves: hábitos bucales, mal posición dentales, onicofagia, diastema.

ABSTRACT

The habit is the result of the repetition of an act, becoming resistant to change with time. Therefore it is necessary to know about prevention and appropriate treatment to avoid wrong dental positions.

This present work aimed to do research on wrong dental positions and oral habits in children aged 7-11 years in “N.-30 Machala” Primary School in Estancia Vieja Village, Colon parish, in order to define the relationship between the habits and the wrong teeth positions.

The study was field, cross-sectional. Observation sheets were prepared for students and surveys were applied to parents, with a sample of 129 children who were selected by inclusión and exclusión proposed in the research. Parents were applied a survey to ascertain some variants of knowledge about habits.

As a result, it was concluded that there was a prevalence of bad habits and wrong dental position, being nail biting the most frequently habit and wrong dental position, that teeth are spaced apart.

Key words: oral hygiene habits, wrong dental positions, nail biting, spaced apart teeth.

ÍNDICE.

| | |
|----------------------------------------|------|
| Certificación director de tesis. | II |
| Certificación del tribunal examinador. | III |
| Declaración de autoría. | IV |
| Agradecimiento. | V |
| Dedicatoria. | VI |
| Resumen. | VII |
| Abstract. | VIII |
| Índice. | IX |
| Índice de cuadros y gráficos. | XV |
| Introducción. | 1 |
| | |
| Capítulo I. | |
| | |
| 1. Problematización. | 2 |
| 1.1. Tema. | 2 |
| 1.2. Formulación del problema. | 2 |
| 1.3. Planteamiento del problema. | 2 |
| 1.4. Preguntas de investigación. | 4 |
| 1.5. Delimitación de la investigación. | 4 |
| 1.5.1. Delimitación especial. | 4 |
| 1.5.2. Delimitación temporal. | 4 |
| 1.6. Justificación. | 4 |
| 1.7. Objetivos. | 5 |
| | IX |

| | |
|-------------------------------|---|
| 1.7.1. Objetivo general. | 5 |
| 1.7.2. Objetivos específicos. | 5 |

Capítulo II.

| | |
|---------------------------------------------|----|
| 2. Marco Teórico, Referencial y Conceptual. | 6 |
| 2.1. Hábitos. | 6 |
| 2.1.1. Clasificación de los hábitos. | 7 |
| 2.2. Succión digital. | 8 |
| 2.2.1. Tipos de hábitos de succión digital. | 9 |
| 2.3. Succión de labio. | 10 |
| 2.4. Deglución atípica. | 11 |
| 2.5. Respiración bucal. | 12 |
| 2.6. Onicofagia. | 14 |
| 2.7. Bruxismo. | 15 |
| 2.7.1. Bruxismo diurno. | 15 |
| 2.8. Oclusión. | 16 |
| 2.8.1. Oclusión de Angle. | 17 |
| 2.8.2. Oclusión ideal. | 17 |
| 2.8.3. Maloclusión. | 18 |
| 2.9. Diastema. | 18 |
| 2.10. Apiñamiento. | 19 |
| 2.11. Mordida cruzada. | 20 |
| 2.11.1. Mordida cruzada anteriores. | 21 |
| 2.11.2. Mordida cruzada posteriores. | 21 |

| | | |
|---------|--------------------------------------------|----|
| 2.12. | Inclinación de los incisivos. | 22 |
| 2.13. | Unidad de observación y análisis. | 23 |
| 2.14. | Variables. | 23 |
| 2.14.1. | Matriz de operacionalización de variables. | 23 |

Capitulo III.

| | | |
|--------|--------------------------------|----|
| 3. | Marco Metodológico. | 24 |
| 3.1. | Modalidad de la investigación. | 24 |
| 3.2. | Tipo de investigación. | 24 |
| 3.3. | Métodos. | 24 |
| 3.4. | Técnicas. | 25 |
| 3.5. | Instrumentos. | 25 |
| 3.6. | Población y muestra. | 25 |
| 3.6.1. | Población. | 25 |
| 3.6.2. | Muestra. | 25 |
| 3.7. | Recolección de información. | 26 |
| 3.8. | Ética. | 26 |
| 3.9. | Marco administrativo. | 26 |
| 3.9.1. | Recursos materiales. | 26 |
| 3.9.2. | Talento humano. | 26 |
| 3.9.3. | Recursos tecnológicos. | 27 |
| 3.10. | Presupuesto. | 27 |

Capítulo IV.

| | | |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4. | Análisis e Interpretación de Resultados. | 28 |
| 4.1. | Análisis e interpretación de la ficha de observación de los niños y niñas de 7 a 11 de edad de la Escuela Machala N° 30 | 28 |
| 4.2 | Análisis e interpretación de las encuestas dirigidas a los padres de familia. | 62 |

Capítulo V.

| | | |
|------|---------------------------------|----|
| 5. | Conclusiones y Recomendaciones. | 64 |
| 5.1. | Conclusiones. | 64 |
| 5.2. | Recomendaciones. | 64 |

Capítulo VI.

| | | |
|-------|-----------------------------------|----|
| 6. | Propuesta. | 65 |
| 6.1. | Título de la propuesta. | 65 |
| 6.2. | Periodo de ejecución. | 65 |
| 6. 3. | Descripción de los beneficiarios. | 65 |
| 6.4. | Clasificación de la propuesta. | 65 |
| 6.5. | Ubicación sectorial y física. | 66 |
| 6.6. | Introducción. | 66 |
| 6.7. | Justificación. | 66 |
| 6.8. | Marco institucional. | 67 |
| 6.9. | Objetivos. | 68 |

| | |
|------------------------------------|----|
| 6.9.1. Objetivos generales. | 68 |
| 6.9.2. Objetivos específicos. | 68 |
| 6.10. Descripción de la propuesta. | 68 |
| 6.11. Beneficiarios. | 69 |
| 6.12. Diseño metodológico. | 69 |
| 6.13. Presupuesto de la propuesta. | 69 |
| 6.14. Sostenibilidad. | 70 |
| Anexos. | 71 |
| Bibliografía | |

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

| | | |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cuadro y Gráfico 1. | Prevalencia de hábito bucal en niños y niñas de 7 a 11 años | 28 |
| Cuadro y Gráfico 2. | Presencia de hábitos de acuerdo al sexo. | 30 |
| Cuadro y Gráfico 3. | Presencia de uno, dos o tres hábitos bucales. | 32 |
| Cuadro y Gráfico 4. | Frecuencia y porcentaje de hábitos encontrado en los escolares. | 34 |
| Cuadro y Gráfico 5: | Presencia de mal posiciones dentales encontradas en los niños (as) de 7 a 11 años. | 36 |
| Cuadro y Gráfico 6. | Niños y niñas con diastema relacionados con los hábitos bucales. | 38 |
| Cuadro y Gráfico 7. | Niños y niñas con apiñamiento inferior relacionado con los hábitos bucales. | 40 |
| Cuadro y Gráfico 8. | Niños y niñas con apiñamiento superior relacionado con hábitos bucales. | 42 |
| Cuadro y Gráfico 9. | Niños y niñas con vestibularización superior con relación a los hábitos bucales. | 44 |
| Cuadro y Gráfico 10. | Niños y niñas con vestibularización inferior y su relación con hábitos bucales. | 46 |
| Cuadro y Gráfico 11. | Niños y niñas con mordida cruzada anterior y su relación con hábitos bucales. | 48 |
| Cuadro y Gráfico 12. | Niños y niñas que presentan mordida cruzada posterior y su relación con hábitos bucales. | 50 |
| Cuadro y Gráfico 13. | Niños y niñas con mordida cruzada unilateral y su relación con hábitos bucales. | 52 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cuadro y Gráfico 14. Niños y niñas con mordida cruzada unilateral y su relación con hábitos bucales. | 54 |
| Cuadro y Gráfico 15. Niños y niñas con retroinclinacion superior y su relación con hábito bucales. | 56 |
| Cuadro y Gráfico 16. Niños y niñas con retroinclinación inferior y su relación con hábitos bucales. | 58 |
| Cuadro y Gráfico 17. Relación de los hábitos bucales y mal posiciones dentales en general. | 60 |
| Cuadro y Gráfico 18. Encuesta a padres de familias de los niños y niñas de la escuela Machala N° 30 con respecto a los hábitos bucales. | 62 |

INTRODUCCIÓN.

Los hábitos bucales se presentan en el desarrollo de la vida infantil de un niño, y pueden provocar las mal posiciones dentales, el cual va afectar de una manera significativa al entorno del niño tanto físico, psicológico y social.

Cuando el hábito permanece por tiempo prolongado, puede afectar la posición de los dientes, la relación maxilomandibular, estructuras miofuncionales (labios, lengua, mejilla y paladar) y funciones como el habla, respiración y deglución.

La investigación fue bibliográfica y de campo ya que se recopiló información de libros e internet, y también se observó directamente la población. Teniendo como objetivo general determinar la relación entre las mal posiciones dentales y hábitos bucales presente en niños y niñas de 7 a 11 años de edad de la Escuela Machala, como objetivos específicos, identificar los hábitos bucales y las mal posiciones dentales prevalentes en los estudiantes.

En la investigación se utilizaron técnicas de observación y encuestas para obtener los datos de la población de estudio.

Podemos concluir que de los 129 niños y niñas estudiados, 83 presentaron hábitos bucales, siendo la onicofagia el hábito bucal prevalente y la mal posición dental predominante fue el diastema.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema:

Mal posiciones dentales y su relación con hábitos bucales en niños (as) de 7 a 11 años en la escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la Parroquia Colón, perteneciente al Cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí, en el periodo marzo-julio 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son las mal posiciones dentales relacionadas con los hábitos bucales en los niños (as) de 7 a 11 años de edad en la escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja?

1.3. Planteamiento del problema.

Los hábitos bucales y las malas posiciones dentales son comunes en el desarrollo de la vida infantil, ya que ambas afectan a la oclusión dental. Es un problema que perjudica a la mayor parte de los niños menores de edad, por lo que es importante que los padres también tengan conocimiento acerca de ello para su prevención o tratamiento indicado.

Analizando la información del sitio web Ortodoncia¹ (2008) nos dice que:

La mal posición dentaria va afectar de una maneras significativa al entorno del niño, tanto físico, psicológico y social, ya que en la mayoría de veces puede ser causada por los malos hábitos. En la investigación realizada en Venezuela en la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho de un total de 51 niños de edades comprendidas entre 5 a 10 años, el 60,78% (31) corresponde al género femenino y el 39,21% (20) al masculino, existiendo un número mayor de niñas que presentaron hábitos bucales, con un 35,29% y los varones un 29,41%. El tipo de maloclusión de mayor prevalencia presente fue el apiñamiento dentario 25,75%, mordida profunda 18,18% y protrusión dentaria 16,66%; de los cuales la gran mayoría de los casos tenían la presencia de al menos un hábito bucal. Así mismo también se pudo observar que varios pacientes presentaban más de una alteración dentaria del sector anterior. Estos estudios fueron realizados en diplomado de ortodoncia interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho del año 2006-2007 en latino América. (párr. 4, 5, 6).

Examinando la información del sitio web Sistema bibliotecario (2012) nos cita que:

En la ciudad de Loja- Ecuador (escuela Benjamín Carrión) periodo abril 2011 febrero 2012 en niños escolares de 6 a 12 años de edad. Por la recolección de la información en primer lugar se procedió a llenar fichas clínicas con cada uno de los niños se determinó el tipo de hábitos presentes y la mala oclusión con la que se encuentra asociado, los resultados fueron los siguientes: Quienes presentaron hábitos bucales deformantes fue del 36.37% en caso del sexo femenino, y un 63.27% en el sexo masculino. El hábito bucal deformante de mayor prevalencia es la onicofagia con el 34.70% en el sexo femenino se pudo identificar este hábito en un 16.33% mientras que en el sexo masculino la onicofagia y la succión digital un porcentaje de 18.37%.

En Manabí no existen evidencia de estudios realizados por lo que procedió a realizar la siguiente investigación con el fin de proveer conocimiento a futuros odontólogos de las mal posiciones dentales causadas por tipos de malos hábitos.

¹ Urrieta, E; López, I; Quirós, O; Farias, M; Rondón, S; Lerner, H. (2008). Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007. [En línea]. Consultado: [12, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>

1.4. Preguntas de la investigación.

¿Existe relación entre mal posiciones dentales y hábitos bucales?

¿Cuáles son los hábitos más frecuentes que presentan los escolares?

¿Qué tipo de mal posición dental es más frecuente en los niños con hábitos bucales?

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud

Área: Odontología

Aspectos: Mal posicionamiento dental por hábitos.

1.5.1. Delimitación especial: Los niños y las niñas que asisten a la Escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la parroquia Colón.

1.5.2. Delimitación temporal: La investigación se realizó en el periodo marzo-julio 2015.

1.6. Justificación.

Los hábitos son costumbres que se pueden adquirir en el transcurso de la vida, siendo más frecuente en la etapa infantil, pudiendo afectar a la salud oral en cuanto a la oclusión, en el desarrollo de las estructuras dentomaxilares, alteración en la posición normal de las piezas dentales, afectando la estética y autoestima del individuo.

La presente investigación sirvió para determinar la relación de los hábitos bucales con la mal posición dental, pudiendo alcanzar resultados que aportaran con información en el campo de la odontología, pues los resultados del estudio podrán ser

utilizados como punto de partida para futuras investigaciones sobre todo por los datos estadísticos obtenidos respecto al tema estudiado.

Con este estudio se beneficiaron los niños (as) de la escuela, ya que al determinar si existen los hábitos bucales se procedió a impartir información adecuada sobre la prevención y tratamiento con el fin de evitar las mal posición dentales.

La realización del presente estudio fue factible porque se contó con el apoyo y colaboración de las autoridades del centro educativo y con los recursos bibliográficos y económicos indispensables para su desarrollo.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivos generales.

Determinar la relación entre las mal posiciones dentales y hábitos bucales presentes en niños y niñas de 7 a 11 años de edad de la escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja.

1.7.2. Objetivos específicos.

- Identificar los hábitos bucales presentes en escolares.
- Identificar las mal posiciones dentales prevalentes en los estudiantes de la escuela Machala.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico, Referencial y Conceptual.

2.1. Hábitos.

Analizando la información de la obra de Martins, Guedes-Pinto y Bonecker² (2011) se cita que hábitos:

La infancia es uno de los periodos más importantes del desarrollo humano, cuando ocurre la formación de diferentes estructuras a gran velocidad. El odontopediatra tiene la responsabilidad de orientar, educar y acompañar a sus pacientes para que estos presenten un desarrollo armonioso de las estructuras estomatognáticas y, así, permitir que el niño adquiera y desenvuelva las funciones básicas y primordiales como la masticación, deglución y fonación.

Cuando el hábito permanece por un tiempo prolongado, puede afectar la posición de los dientes, la relación maxilomandibular, estructuras miofuncionales (labios, lengua, mejilla y paladar) y funciones como el habla, respiración y deglución. Se considera hábitos parafuncionales la succión no nutritiva (chupete, dedo o labio), la respiración bucal la deglución atípica y/o adaptada, bruxismo y la onicofagia. (pág. 357).

Examinando la obra de Nahás³ (2009) podemos conocer que:

El hábito es resultado de la repetición de un acto con determinado fin, volviéndose con el tiempo resistente a cambios. Para Peterson y Schneider la instalación del hábito ocurre por ser agradable y traer satisfacción y placer al individuo. Inicialmente, hay participación consiente del individuo por realizar el acto, pero por causa de su repetición continua, ocurre un proceso de automatización y perfeccionamiento, volviéndose así inconsciente.

Es importante resaltar que los factores genéticos contribuyen con aproximadamente 40% de su influencia para la futura determinación de la normalidad, armonía, y belleza facial. El restante 60% de lo que le va a suceder al rostro del niño en su largo y continuo proceso de crecimiento y desarrollo dependerán de la interacción del mismo con el medio ambiente, que incluye el

² Martins, R; Guedes-Pinto, C y Bonecker, M. (2011). Fundamentos de la odontopediatra. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

³ Nahás, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

modo de vida, hábitos nocivos, enfermedades respiratorias / respiratorias, textura alimentaria, forma de amamantamiento, entre otros.

Finalmente resalta que la etiología de los hábitos bucales por lo general contiene un aspecto psicológico muy fuerte y se trata de la válvula de seguridad contra presiones emocionales, físicas o psíquicas. Muchos padres pueden con cierta frecuencia sentirse culpables o fracasados al lidiar con los hábitos de sus hijos, pues la crianza que le dieron a estos puede haber contribuido en la instalación de este hábito indeseable y por eso busca un remedio que pueda cesar ese proceso. (pág. 556).

Estudiando la información del sitio web ortodoncia⁴ (2011) podemos referir que:

Se dice que el individuo aprende a actuar de manera progresiva, y estas actuaciones que se fijan gracias a ese proceso de aprendizaje que se denomina hábitos, con cada repetición el acto será menos consciente y si es repetido muy a menudo será reflejado a una acción inconsciente.

Los hábitos orales como la succión digital, la deglución atípica y la respiración bucal pueden modificar la posición de los dientes y relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Se ha observado en estudios realizados por E.Mack que una presión continua de 50 mg durante un periodo de 12 horas provoca un desplazamiento considerable de un diente.

2.1.1. Clasificación de los hábitos:

Estudiando la información de la obra de Singh⁵ (2009) podemos saber que:

Clasificación de los hábitos:

Williams James en 1993 clasifico:

Hábitos útiles:

Incluyendo los hábitos de función normal, por ejemplo, la postura correcta de la lengua, la respiración y la deglución.

Hábitos dañinos:

Incluyen todos los hábitos que ejerzan presión o tensión contra los dientes y los arcos dentarios y también la respiración bucal, el morder el labio y succión del labio.

Kingsley (1956)

⁴ Revista latinoamericana de ortodoncia y odonpediatría. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014]

Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

⁵ Singh, G. (2009). Ortodoncia, diagnósticos y tratamiento. República Bolivariana: Amolca.

De acuerdo en la naturaleza de los hábitos, clasificó los hábitos con:

- a) Hábito oral funcional, por ejemplo respiración bucal,
- b) Hábitos musculares. Empuje de la lengua, morder los labios o las mejillas,
- c) Hábitos musculares combinados. Succión del dedo y del pulgar
- d) Hábitos postural: apoyo de la barbilla:
 - Cara que se reclina en la mano
 - Apoyo normal en la almohada. (pág. 582).

2.2. Succión digital.

Considerando la información de la obra Hurtado⁶ (2012) podemos referir que succión digital:

Es el hábito deletero en la boca y en la cara de un niño, sin embargo, su tratamiento se debe iniciar a partir de los 5 años de edad, debido a que antes es un estabilizador de sus ansiedades y de su parte emocional. El tratamiento tiene como alternativa usar una rejilla en canastilla, en donde la consecuencia de la succión es reversible. (pág. 27).

Observando la información de la obra de Boj, Catalá, Mendoza, Planells y García-Ballesta⁷ (2011) nos dice que:

La prevalencia del labio en succión digital varía en un 31% a los 12 meses de vida hasta un 12% a los 4 años de edad.

Muchas veces este hábito aparece como consecuencia de muchas conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociada con la inseguridad o deseos de llamar la atención.

Aunque puede succionarse uno o más dedos, el más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo en la zona retroincisiva superior mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los defectos de este apoyo dependerán de la posición, intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión, ya que en algunos casos, su incidencia es muy escasa y por el contrario puede producir una mordida abierta con un franco aumento del resalte por protusión de los incisivos superiores y retroinclinación de los inferiores con compresión del maxilar superior.

⁶ Hurtado, C. (2012). Ortopedia maxilar integral. República de Colombia: Ecoe ediciones.

⁷ Boj, R; Catalá, M; Mendoza, A; Planells, P y García-Ballesta, C. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano editorial médica.

Al introducir el pulgar entre los dientes, la lengua se ve obligada a mantener una posición baja disminuyendo su presión sobre la bóveda palatina, permitiendo que la presión del buccionador durante la presión se ejerza sobre los procesos alveolares desde la comisura a la altura de los caninos hasta la zona de molares, determinando junto con el empuje labial de los incisivos la forma en “V” tan características de estos pacientes.

Si el hábito desaparece antes de los 3 años de vida, no deja secuelas en la oclusión, de manera que si se abandona pronto, no suelen observarse efectos oclusales permanentes.

El diagnóstico de succión digital es obvio cuando el niño practica el hábito sin embargo, rara vez lo demuestra en la consulta e incluso lo niega si se le pregunta, siendo la madre la que lo refiere.

En la exploración de los dedos sometidos a la succión estarán enrojecidos, excepcionalmente limpios, con una uña corta o aplanados. En casos más severos, puede haber callosidades en la zona del dorso de los dedos en contacto con la pieza dentaria, de esta manera, el estado de los dedos, puede permitir estimar la intensidad y frecuencia de la práctica de succión

Los signos dentales del hábito pueden variar, de arcos y dientes bien alineados, a dientes protuidos y con diastemas. Pueden encontrarse otras anomalías como mordida cruzada posterior u otras alteraciones que no necesariamente son efectos de hábito.

A nivel dental, se produce en el sector anterior de la arcada un bloqueo de la erupción de los incisivos inferiores y superiores con la consiguiente aparición de una mordida abierta anterior y un resalte moderado. Los incisivos superiores se labioversionan o inclinan mientras que los inferiores versionan hacia lingual. (pp. 534, 535).

2.2.1. Tipos de hábitos de succión digital.

Comparando la información de Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría (2010)⁸ podemos transcribir que:

Succión de pulgar: consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.
Succión de otros dedos: consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice y medio, medio y anular, varios dedos.)

⁸ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

El hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anormales que se producen pueden ocasionar desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestaran o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan:

Tiempo de duración, frecuencia e intensidad del hábito. El tiempo de duración es fundamental para la manifestación de las alteraciones observadas, tal y como demuestran los estudios de biomecánica. La intensidad, aunque de menor importancia, requiere consideración dado que en determinados casos la inserción del dedo en boca es completamente pasiva mientras que en otros casos la conducta de succión va acompañada de una gran contracción de toda la musculatura perioral. (párr. 36, 37).

2.3. Succión de labio.

Indagando la información de la obra de Escrivan de Saturno⁹ (2007) podemos referir que:

Este hábito puede aparecer como un hábito original, es decir, el niño succiona el labio inferior o lo que es más frecuente, puede aparecer como secuela de uno de succión digital. El labio es colocado por detrás de los incisivos maxilares, comprimiendo los músculos mentonianos contra su cara palatina, produciendo su protrusión. Este hábito, aunque es bastante difícil para controlar a edad temprana, debe tratarse con un empujador del labio o con una pantalla vestibular para evitar problemas mayores en la dentición mixta. (pág. 319).

Investigando la información de la obra Singh¹⁰ (2009) podemos citar que succión de labio:

En muchos casos, la succión de labio es una actividad compensatoria que resulta de una sobremordida horizontal excesiva y la dificultad relativa de cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es fácil que el niño amortigüe en labio en el lado lingual de los incisivos del maxilar. Para alcanzar esta posición el musculo mentoniano extiende el labio inferior hacia arriba.

El paciente puede exhibir las siguientes características:

- a) Cuando el hábito se ha tornado pernicioso, hay aplanamiento y apiñamiento marcado del segmento anteroinferior.

⁹ Escrivan de Saturno, L. (2007). Ortodoncia en Dentición Mixta. República Bolivariana: Amolca.

¹⁰ Singh, G. (2009). Ortodoncia, diagnósticos y tratamiento. República Bolivariana: Amolca.

- b) La retracción de los dientes que ocurre depende de, si la succión es de labio superior o inferior.
- c) Los incisivos del maxilar pueden ser forzados hacia arriba y adelante en una relación protusiva en la succión del labio inferior.

En casos severos, el hábito mismo muestra los defectos del hábito anormal:

El borde bermejo se torna hipertrófica y redundante durante el reposo.
El enrojecimiento debajo del borde bermejo es evidenciado.
Labio flácido debido al alargamiento causado por la práctica frecuente.
El surco mentolabial está acentuado.
Presencia ocasional de herpes crónico con áreas de irritación y agrietamiento del labio.

2.4. Deglución atípica.

Indagando información del sitio web Clínica Cuevas Queipo¹¹ (s.f.) podemos conocer que deglución atípica:

Se conoce como deglución atípica a la persistencia de la deglución infantil tras la erupción de los dientes anteriores en la dentición temporal. La característica principal de la deglución atípica es la interposición de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores en el momento de deglutir, lo que conlleva a una ausencia de contacto entre ambos maxilares. (p. 1).

Profundizando la información de la obra de Hurtado¹² (2012) podemos referir que:

Se produce cuando al deglutir hay ausencia del contacto de la punta de la lengua contra la unión de las rugas palatinas y el tercio cervical palatino, y el tercio cervical palatino de los incisivos superiores, al igual que cuando hay ausencia de la contracción de los maseteros y ausencia del contacto dental de los posteriores; lo anterior, debido a la interposición lingual entre los incisivos.

Consecuencia:

Mordida abierta anterior
Protusión dentoalveolar superior
Biprotusión. (pág. 30).

¹¹ Clínica Cuevas Queipo. Hábitos orales en Odontopediatría Deglución atípica, respiración oral y succión digital. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en:

<http://www.clinicacuevasqueipo.com/noticias/publicacion%20coleg%20med4.pdf>

¹² Hurtado, C. (2012). Ortopedia maxilar integral. República de Colombia: Ecoe ediciones.

Averiguando la información del sitio web Clínica Cuevas Queipo¹³ (s.f.) podemos transcribir que:

El tratamiento de deglución atípica combina ejercicios de terapia miofuncional para la reducción de la posición lingual y el empleo de aparatología para actuar sobre la mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior.

Uno de los dispositivos más empleados para evitar la interposición lingual entre los incisivos superiores e inferiores es la rejilla lingual. Con ella, se consigue eliminar el hábito de deglución atípica y se corrige la mordida abierta anterior, al permitir el normal crecimiento óseo maxilar y mandibular. (p. 1).

2.5. Respiración bucal.

Examinando la información de la obra de Borrás y Rosell¹⁴ (2011) podemos citar que respiración bucal

La respiración oral es la que es efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz. Algunos autores distinguen la respiración oral como habito de la boca abierta, argumentando que muchos niños mantienen constantemente los labios separados por factores de incompetencia de la musculatura labial o por problemas de oclusión dentaria que le impide mantenerlos juntos inconscientemente, sin que ello implique la respiración bucal. Sin embargo, esto parece poco probable si pensamos en la posición del velo del paladar. Cuando respiramos por la nariz y la boca permanece cerrada sin que existan tensiones asociadas, el velo del paladar esta relajado sin que se dé un cierre velofaríngeo. Si abrimos la boca y conscientemente evitamos que se nos escape el aire hacia la cavidad bucal, lo hacemos boca entreabierta y con el paladar descendió para que no se de una respiración oral, dado que es una posición de tensión y ha de ser consiente. Normalmente, la boca entreabierta va asociada a un tipo de respiración oral completo o parcial (inspiramos y espiramos por nariz y boca al mismo tiempo).

Las causas que originan la respiración oral pueden ser orgánicas o funcionales. Entre las orgánicas, las más comunes son: el adenoides, las desviaciones del tabique nasal, un pasaje aéreo malformado o alteraciones en el desarrollo óseo. Entre las funcionales, nos encontramos: las alergias, rinitis, sinusitis,

¹³ Clínica Cuevas Queipo. Hábitos orales en Odontopediatría Deglución atípica, respiración oral y succión digital. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <http://www.clinicacuevasqueipo.com/noticias/publicacion%20coleg%20med4.pdf>

¹⁴ Borrás, S; Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA31&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=MoFrVcygOLiAsQT804PgBA&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

inflamación de mucosas y resfriados frecuentes con obturación nasal. Después de corregir o aliviar estas causas, es frecuente que permanezca el hábito de respiración oral si no se enseña al niño cual es el patrón correcto, dado que para él no existe todavía. No se trata, puede, de cambiar un tipo respiratorio por otro, sino de enseñar uno nuevo. (pp. 31, 32).

Estudiando la información del sitio web Salud Bucal¹⁵ (s.f.) podemos saber que:

La presión del aire sobre el paladar provoca la deformación del mismo, profundizándolo y acercando los dientes entre sí. La boca entreabierta no permite la contracción de los músculos de los labios, haciendo que los dientes de arriba y de abajo se desplacen hacia afuera. (párr. 9).

Considerando la información de la obra de Singh¹⁶ (2009) podemos citar que:

Clasificación de la respiración bucal.

Sim y Finn clasificaron la respiración bucal de:

1. Obstructiva
2. Habitual
3. Anatómica

Obstructiva.- niños con una resistencia incrementada o una obstrucción completa al flujo normal del aire a través de los conductos nasales.

Visto en los individuos ectomorfos con los conductos nasofaríngeos y caras estrechas largas.

Habitual.- niño que respira continuamente y a través de la boca por fuerza del hábito, aunque se ha quitado obstrucción.

Anatómica.- el labio superior corto no permite el cierre sin demasiado esfuerzo.

- a) Obstrucción total: los conductos nasales están completamente bloqueados.
- b) Obstrucción parcial. (pág. 603).

¹⁵ Salud bucal. (s.f.). Malos hábitos bucales. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <http://ipssaludbucal.com/malos-habitos-bucales>

¹⁶ Singh, G. (2009). Ortodoncia, diagnósticos y tratamiento. República Bolivariana: Amolca.

2.6. Onicofagia.

Analizando el artículo de Psicoglobalia¹⁷ (2012), podemos transcribir que:

La onicofagia o morderse las uñas es un hábito y uno de los trastornos nerviosos más frecuentes, tanto en adultos como en niños. Es uno de los mecanismos que utilizamos para reducir la ansiedad, y que lo hacemos en momentos puntuales, ante situaciones de estrés, fatiga o aburrimiento, y que con el tiempo lo convertimos en un hábito, es decir, en un acto reflejo e inconsciente y difícil de abandonar. Aparece entre los tres y los seis años, y a partir de esta edad tiende a disminuir, pero en ocasiones no lo hace, y es en esas donde debemos actuar. Los problemas que puede causar no son solo estéticos, ya que deteriora la forma de las uñas y de los dedos, facilita que se produzcan heridas, padrastrós y verrugas, pueden producirse infecciones, inflamaciones y dolor. También puede provocar alteraciones en la dentición del niño, mala oclusión de los dientes anteriores.

Observando la información de la obra de Borrás y Rosell¹⁸ (2011) podemos conocer que onicofagia:

Cuando los niños se muerden constantemente las uñas, aparecen lesiones y desgastes en el relieve de los incisivos y en el esmalte. Este mal hábito tiene un origen ansioso, crea alteraciones dentarias y afecta también a la higiene de todo el aparato estomatognático. La terapia de modificación de conducta ha sido utilizada ampliamente en el tratamiento de la onicofagia y es considerada la técnica más exitosa hasta el momento. También han sido utilizadas técnicas aversivas, como impregnar los dedos con sustancias amargas, protectores para los dedos, entre otros, y existe el tratamiento con férulas a modo de resina protectora: una vez colocada la férula en la boca del paciente, queda una mordida abierta anterior que dificulta totalmente el contacto borde a borde de los dientes, con lo que la acción de morderse las uñas es prácticamente imposible. (pág. 37).

¹⁷ Psicoglobalia. (2012). 8 consejos para que no se muerda las uñas. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <http://www.psicoglobalia.com/tag/onicofagia/>

¹⁸ Borrás, S; Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA31&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=MoFrVcygOLiAsQT804PgBA&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

2.7. Bruxismo.

Considerando la información de la obra de Nahás¹⁹ (2009) podemos transcribir que:

El bruxismo puede ser definido como el cerrar o rechinar de los dientes durante movimiento no funcionales del sistema masticatorio.

Faulkner revela que la prevalencia del bruxismo es alta, y existe evidencias que demuestran que, con las presiones de la vida moderna, esta prevalencia tiene aumentar. El bruxismo es descrito en adulto, sin embargo, es frecuente tanto en la infancia como en la adolescencia, afectando por igual a ambos sexos.

En la dentición decidua cerca del 7% de los niños presentan bruxismo.

En la dentición mixta hay un gran aumento hasta los 11 años de edad, afectando acerca del 22% de los niños, ocurriendo a partir de ahí una disminución.

El bruxismo puede ser nocturno e inconsciente. Ocurre en periodos bien marcados y determinados del sueño, fase de REM (rapid eye movimient.)

Es un reflejo automático del sistema neuromuscular. Corresponde al “verdadero” bruxismo, ósea, a un rechinar de los dientes debido a la predominancia de un componente lateral de las fuerzas masticatorias. Takahama observo taquicardia durante la actividad del bruxismo.

El bruxismo puede ser diurno y consiente, un hábito del mismo tipo que morder las uñas o el uso exagerado del chicle, que corresponde al cerrar de los dientes debido al predominio de un componente horizontal de las fuerzas masticatorias. (pág. 565).

2.7.1. Bruxismo diurno.

Examinando la información de la obra de McNeill²⁰ (2005) podemos transcribir que:

El bruxismo diurno también puede producir abrasión dentaria severa, problemas en la ATM, y dolor e hipertrofia muscular. Aunque por definición el bruxismo diurno no es un trastorno del sueño, se le relaciona con el estado emocional. Por ejemplo, con frecuencia el apretamiento se observa en personas coléricas. Es más, los estudios demuestran que la frustración, la ansiedad y el miedo provocan un aumento en la tensión muscular. (pág. 60).

¹⁹ Nahás, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

²⁰ McNeill, M. (2005). Fundamentos científicos y aplicaciones prácticas de la oclusión. Reino de España: Editorial Quintessence, S.L., Barcelona.

Observando la información de la obra de Hurtado²¹ (2012) podemos citar que:

Causas

Se encuentra en los niños por la sensación del oído tapado.
Por la proximidad de la exfoliación de los temporales.
Por la proximidad de la erupción del primer molar parmente.
Es una forma de sacar la agresividad y estrés ante las presiones de la sociedad.
Problemas alérgicos, asma, molestias digestivas, nerviosidad y hasta herencia.

Consecuencia

Desgaste dentario.
Sensibilidad dental.
Mordida profunda.
Clicking o desplazamiento distal anterior con reducción.
Caras cuadradas por hipertrofia muscular maseterina con disminución del tercio inferior de la cara. Para algunos autores es una función más del sistema estomatognático.
Sensación de dientes flojos.
Disminución del tercio inferior de la cara.

Tratamiento

Apoyo psicológico.
Activador abierto elástico (AAE) de Klammt.
Pistas indirectas planas simples.
Si se presenta Clicking colocar el activador elástico de Klammt con plano posterior de mordida para producir con infracondilismo y recuperar el disco.
Tener en cuenta que el bruxismo debe desaparecer de la manera espontánea hacia la dentición mixta (Okeson). Es transicional.
Es normal en dentición temporal. (pág. 29).

2.8. Oclusión.

Analizando la información de la obra de Stanley²² (2010) podemos referir que:

Muchos diccionarios definen el término oclusión como el acto de cerrar la boca, pero algunos más especializados van más allá de esta simple definición (p. ej. Zwemer) e incluyen una relación estática de contacto morfológico dental. También se puede definir oclusión como la relación de contacto de los dientes en función o en parafunción. Sin interfase oclusal, sino que comprende además todos los factores que contribuyen al desarrollo y la estabilidad del

²¹ Hurtado, C. (2012). Ortopedia maxilar integral. República de Colombia: Ecoe ediciones.

²² Stanley, N. (2010). Anatomía, fisiología y oclusión dental. Reino de España: Elsevier España, S.L.

sistema masticatorio y a la utilización de los dientes en la actividad motora oral. (pág. 275).

2.8.1. Oclusión de Angle.

Examinando la obra de Rodríguez²³ (2011) podemos transcribir que:

- a) Clase I o neutro oclusión o normo oclusión.
- b) Clase II o disto oclusión (mandíbula posición más posterior que el maxilar).
- c) Clase III o mesio oclusión (mandíbula más adelante que el maxilar).

Relación canica y molar.

- a) Clase I. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el surco mesial del canino superior. La vertiente mesial del canino superior ocluye con la vertiente distal del canino inferior, es decir, ocluye entre premolar inferior y canino inferior.
- b) Clase II. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco mesial del primer molar inferior. El canino inferior, en vez de estar por mesial del superior, está por distal. Angel dividió esta clase así:
 - 1- Protrusión de los incisivos (clase II, división 1).
 - 2- Palatoversión de los incisivos centrales superiores (clase II, división 2).
- c) Clase III. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás del surco mesial del primer molar inferior. Los caninos no están en contacto ya que el inferior está más adelante de lo que corresponde. (pp. 50, 51).

2.8.2. Oclusión ideal.

Investigando la información de la obra de Manns y Biotti²⁴ (2006) podemos citar que:

Corresponde a aquella oclusión dentaria natural de un paciente, en la cual se establece una interrelación anatómica y funcional óptima de las relaciones de contacto dentario con respecto al componente neuromuscular, articulaciones temporomandibulares y periodonto, con el objeto de cumplir con sus requerimientos de salud, función, comodidad y estética. En ella coexiste la normalidad tanto morfológica como fisiológica óptima, y por consiguiente, está asociada con una ausencia de sintomatología disfuncional en relación con cuadros o condiciones clínicas de trastornos o desórdenes temporomandibulares. (pág. 24).

²³ Rodríguez, E. (2011). De la Impresión a la Activación en Ortodoncia y Ortopedia. República Bolivariana: Amolca.

²⁴ Manns, A; Biotti, J. (2006). Manual práctico de oclusión dentaria. República Bolivariana: Amolca.

2.8.3. Maloclusión.

Examinando la obra de Rodríguez y Casasa²⁵ (2005) podemos conocer que:

Ortodónticamente lo normal es lo menos frecuente en la población general. Existe una línea continua entre lo normal y lo anormal, encontrándose diferentes grados de desviación de la normalidad.

El término maloclusión debe aplicarse a las situaciones que exigen intervención ortodóntica más que cualquier desviación de la oclusión ideal. (pág. 10).

2.9. Diastema.

Averiguando la información del sitio web ortodoncia²⁶ (2013) podemos citar que:

Al diastema de la línea media superior se le define como el espacio que existe entre los incisivos centrales superiores. Normalmente, se presenta en dentición decidua y mixta, pero en la mayoría de los casos disminuye su tamaño luego de la erupción de los caninos permanentes y segundos molares hasta cerrarse por completo como resultado de la erupción, migración y ajuste fisiológico de los dientes.

El diastema medio interincisal, es frecuente en el 98% de los niños de 6 y 7 años de edad, pero su incidencia disminuye a 7% en adolescentes de 12 a 18 años. Se trata de una patología relativamente común, atribuida a factores genéticos y ambientales, cuya importancia radica en la necesidad de realizar un diagnóstico etiológico correcto para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado, evitando la recidiva posterior al tratamiento, que es muy frecuente en este tipo de problema.

Profundizando la información del sitio web intramed²⁷ (2011) podemos conocer que:

Etiología. Los diastemas pueden ser congénitos o adquiridos y en su etiología intervienen factores muy variados, tales como: frenillo labial con inserción

²⁵ Rodríguez, E; Casasa, R. (2005). Ortodoncia contemporánea diagnóstico y tratamiento. República Bolivariana: Almoca.

²⁶ Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. (2013). Factores Etiológicos del Diastema de la línea media superior: Revisión de la literatura. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art36.asp>

²⁷ Manzareno, M; Gurrola, B; López, H; Casas, A. (2011). Diastemas. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=71012>

baja, ancho excesivo del arco dentario, ausencia clínica de diente, coronas mal adaptadas, dientes pequeños o asimétricos, traumas, enfermedad periodontal con movilidad dentaria, lengua grande, hábitos de succión perniciosos, agenesias, y como componente de un síndrome más grave, la combinación de una o varias. (párr. 7).

2.10. Apiñamiento.

Estudiando la información de la obra Saadia y Ahlin²⁸ (1999) podemos transcribir que:

Los padres, a menudo, se preocupan cuando ven como erupcionan en boca los incisivos centrales y laterales permanentes. Estos dientes son "grandes y mal puestos " y alteran la apariencia de la boca del niño.

Muchos profesionales extraen, de manera rutinaria, dientes temporales y/o permanentes (extracción seriada) para solucionar el apiñamiento. En los últimos años, cada vez más dentistas se abstienen de extraer restos dientes como medida terapéutica.

El apiñamiento en las arcadas dentales es un hallazgo frecuente en la clínica diaria. La tendencia al apiñamiento dental, probablemente aumentará en las generaciones futuras debido a la evolución ontogénica. La causa más común es una discrepancia dento-esquelética, en la que el tamaño del esqueleto facial se va haciendo cada vez más pequeño mientras que el tamaño dentario permanece relativamente constante. El problema con que el profesional se encuentra más a menudo es la falta de espacio para los incisivos permanentes maxilares y/o mandibulares. Esto puede llevar a la extracción de los caninos temporales, primeros molares temporales y primeros premolares permanentes (extracciones seriadas), lo que conlleva las siguientes desventajas:

1. La pérdida de dientes útiles del paciente, que incluyen cuatro premolares permanentes.
2. La posibilidad de una afectación irreversible del contorno facial del paciente.
3. Aumento del tiempo de tratamiento con aparatología fija junto al tiempo de la retención.
4. Posibilidades aumentadas de recidiva dental.
5. Posibilidad de problemas yatrogénicos relacionados con la articulación temporomandibular. (pp. 80, 82).

²⁸ Saadia, M y Ahlin, j. (1999). Atlas de ortopedia dentofacial durante el crecimiento. Reino de España: Espaxs, S.A.

Examinando la información del sitio web scielo²⁹ (2009) podemos citar que:

El apiñamiento varía de un individuo a otro, y puede existir más de un factor contribuyente en un mismo individuo; en ocasiones, la anomalía se complica por desequilibrios esqueléticos y/o neuromusculares. Puede observarse el apiñamiento en la discrepancia 0 (espacio disponible igual al que necesitamos) como en los casos con rotaciones de los dientes del segmento posterior o cuando se trata de una dentición mixta que puede resolverse el espacio en el cambio dentario. Cuando la discrepancia es negativa, el espacio disponible no es suficiente para la alineación dentaria, debido a la disminución de la longitud del arco, por macrodoncia, micrognatismo o una combinación de éstos. El apiñamiento causado por una discrepancia hueso-diente negativa puede ir de ligero a elevado. Su diagnóstico es fundamental, primero por el *Interrogatorio*, a pacientes y familiares, de importancia para determinar posibles factores etiológicos y el *Examen clínico*: Facial, bucal y funcional, y en la dentición permanente se debe profundizar en el análisis funcional de la oclusión.

Su etiología se debe a:

Herencia, congénito, traumas, agentes físicos, hábitos, enfermedades bucales y sistémicas, desnutrición.

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35% a 75%, con diferencias de sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, contribuyendo a la maloclusión aproximadamente con 40% a 85%. En nuestro país, por estudios realizados desde la década del 70, la cifra de afectados oscila entre 27% y 66%.

2.11. Mordida cruzada.

Considerando la información de la obra de Rodríguez, Casasa y Natera³⁰ (2007) podemos citar que:

La mordida cruzada es un tipo de maloclusión que se presenta con cierta frecuencia en la práctica de la ortodoncia. Está se identifica cuando los dientes inferiores están en posición vestibular o labial, con respecto a los dientes superiores de forma unilateral, bilateral, anterior y/o posterior. Estas maloclusiones pueden tener un componente esquelético, dental o una mezcla de ambos, sin embargo, son relativamente fáciles de tratar, siempre y cuando, sean interceptadas en edades tempranas, evitando de esta manera, llegar a un tratamiento quirúrgico.

²⁹ Revista Habanera de Ciencias Médicas. (2009). Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del área de salud masó. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500011

³⁰ Rodríguez, E; Casasa, R y Natera, A. (2007). 1001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República Bolivariana: Almoca.

Se considera una oclusión normal, a nivel transversal, cuando las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales de los molares y premolares inferiores. A nivel anteroposterior, la oclusión normal será cuando los incisivos superiores ocluyan por vestibular de los incisivos inferiores, presentando por lo tanto, un resalte anterior y posterior, ya que los dientes superiores deben cubrir a los inferiores. (pág. 185).

2.11.1. Mordidas cruzadas anteriores.

Analizando la información de la obra de Rodríguez, Casasa y Natera³¹ (2007) podemos referir que:

La mordida cruzada anterior es uno de los problemas ortodónticos más comunes en pacientes con crecimiento. Ocurre generalmente en la dentición primaria y mixta como resultado de una desarmonía en los componentes esqueléticos, funcionales o dentales del niño. Esta se caracteriza porque uno o más dientes anterosuperiores se encuentran ocluyendo sobre la cara lingual de los anteroinferiores.

Sabemos que el problema de la mordida cruzada anterior puede deberse a una retrusión del maxilar superior, a una protrusión de la mandíbula o una combinación de ambas (mordida cruzada de tipo esquelética); pero cuando afecta a uno o varios dientes de forma aislada, la causa suele ser meramente dentaria, y pueden encontrarse palatoversiones de los incisivos inferiores. (pág. 185).

2.11.2. Mordidas cruzadas posteriores.

Estudiando la información de la obra de Rodríguez, Casasa y Natera³² (2007) podemos saber que:

Las mordidas cruzadas posteriores son alteraciones de la oclusión sobre el plano transversal. Este tipo de mordida presenta las cúspides vestibulares de los molares y premolares superiores ocluyendo sobre las fosas de los molares inferiores, encontrando de esta manera, que los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores al ocluir. La oclusión cúspide a cúspide es una situación intermedia entre la mordida cruzada posterior y la oclusión normal. En esta anomalía, no existe una oclusión cúspide fosa y se considera una mordida cruzada posterior incompleta. (pág. 193).

³¹ Rodríguez, E; Casasa, R y Natera, A. (2007). 1001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República Bolivariana: Amolca.

³² Ídem.

2.12. Inclinación de los incisivos.

Profundizando la información del sitio web scielo³³ (2011) podemos referir que:

La posición bucolingual de los incisivos es un parámetro importante para obtener la oclusión adecuada. Puede afectar la estética facial anteroinferior, el funcionamiento de los labios y la estabilidad postratamiento. Cuando las posiciones e inclinaciones incisales son excesivas se acompañan generalmente de discrepancias maxilares esqueléticas y tienen efecto sobre los arcos dentales. En las deficiencias de espacio los incisivos pueden estar ubicados en una inclinación correcta sobre sus huesos basales pero apiñados, o bien, pueden alinearse completa o parcialmente a expensas del labio, como en las incompetencias labiales mayores a 3 o 4 mm, en las que el labio se protruye con eversión y aumento de la tensión. Las mediciones cefalométricas de la inclinación incisiva y de la ubicación del borde incisal, ambos factores significativos en los análisis tradicionales, complementan estas características.

La variabilidad en la posición de los incisivos con respecto a sus bases óseas puede limitar la terapéutica biomecánica. Diversos procedimientos se han utilizado para corregir la excesiva proinclinación y retroinclinación de los incisivos con apiñamiento o sin él. Algunos planes de tratamiento ortodóncico incorporan vestibularización de incisivos, especialmente en pacientes que exhiben apiñamiento mínimo o moderado de 4 mm o menos y en quienes podrían beneficiarse con aumento del soporte labial. El desgaste interproximal es un tratamiento conservador que gana espacio para coordinar los tamaños dentarios en ambos arcos buscando solucionar el apiñamiento o para posicionar incisivos correctamente en sus bases óseas con un mínimo cambio en el perfil facial. La cantidad de desgaste interproximal difiere según algunos autores.

³³ Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. (2011). Inclinación de incisivos: cálculo de la cantidad de desplazamiento bucolingual y sus efectos en la longitud del arco dental. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000100009

2.13. Unidad de observación y análisis.

Padres de familia y niños (as) de 7 a 11 años de edad de la Escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la parroquia Colón, perteneciente al cantón Portoviejo de la provincia de Manabí, en el periodo marzo-julio 2015.

2.14. Variables.

Variable independiente: Hábitos bucales.

Variable dependiente: Mal posición dental.

2.14.1. Matriz de operacionalización de variables. (Ver en anexos)

CAPITULO III.

3. Marco metodológico.

3.1. Modalidad de investigación.

De campo.

3.2. Tipo de investigación.

De corte transversal.

3.3. Métodos.

En investigación, se realizó una ficha de observación para identificar los hábitos bucales y mal posiciones dentales presente en los niños y niñas de 7 a 11 años de edad de la escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la Parroquia Colón, perteneciente al Cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí, también se aplicó una encuesta a los respectivos padres de familia de cada estudiante que colaboraron en la investigación.

Luego se tabulo los resultados, elaborando una base de datos con cada uno de los indicadores como referente para realizar los respectivos cuadros estadísticos y gráficos.

3.4. Técnicas

Observación.

Encuesta.

3.5. Instrumentos.

Fichas de observación.

Formulario de encuesta

3.6. Población y muestra.

3.6.1. Población.

La población la constituyen 379 estudiantes de 7 a 11 años de la escuela Machala N° 30 del sitio Estancia vieja.

3.6.2. Muestra.

La muestra constará de 129 participantes.

Criterios de inclusión.

Niños y niñas cuyos padres o autores accedan a que participen en el estudio.

Criterios de exclusión.

Niños y niñas cuyos padres o autores no accedan a que participen en el estudio.

Niños y niñas que desertaron la escuela.

Niños y niñas menores de 7 años de edad.

Niños y niñas mayores de 11 años de edad.

3.7. Recolección de la información.

La recolección de la información se realizó mediante fichas de observación a los alumnos de 7 a 11 años de edad y encuestas dirigidas a los padres del representado.

3.8. Ética.

A cada padre de familia se le solicitó su consentimiento informado por escrito (anexo) detallándole el propósito del estudio y la manera de como prestara su colaboración para la investigación.

3.9. Marco administrativo.

3.9.1. Recursos materiales.

- Fotocopias
- Encuadernación
- Materiales de Oficina
- Suministros de impresión
- Caja de guantes
- Caja de mascarillas
- Campos descartables
- Espejos bucales

3.9.2. Talento humano.

- Investigador

- Tutor de tesis

3.9.3. Recursos tecnológicos.

- Internet
- Equipo de computo
- Impresora
- Cámara fotográfica
- Pen drive

3.10. Presupuesto.

Presupuesto \$338.80 (ver en anexos)

CAPITULO IV.

4. Análisis e interpretación de los Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de la ficha de observación de los niños y niñas de 7 a 11 de edad de la Escuela Machala N° 30.

Cuadro 1.

Prevalencia de hábito bucal en niños y niñas de 7 a 11 años.

| HABITOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| PRESENCIA DE HABITOS | 83 | 64% |
| AUSENCIA DE HABITOS | 46 | 36% |
| TOTAL | 129 | 100% |

Nota: Prevalencia de hábito bucal en niños y niñas de 7 a 11 años, Resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

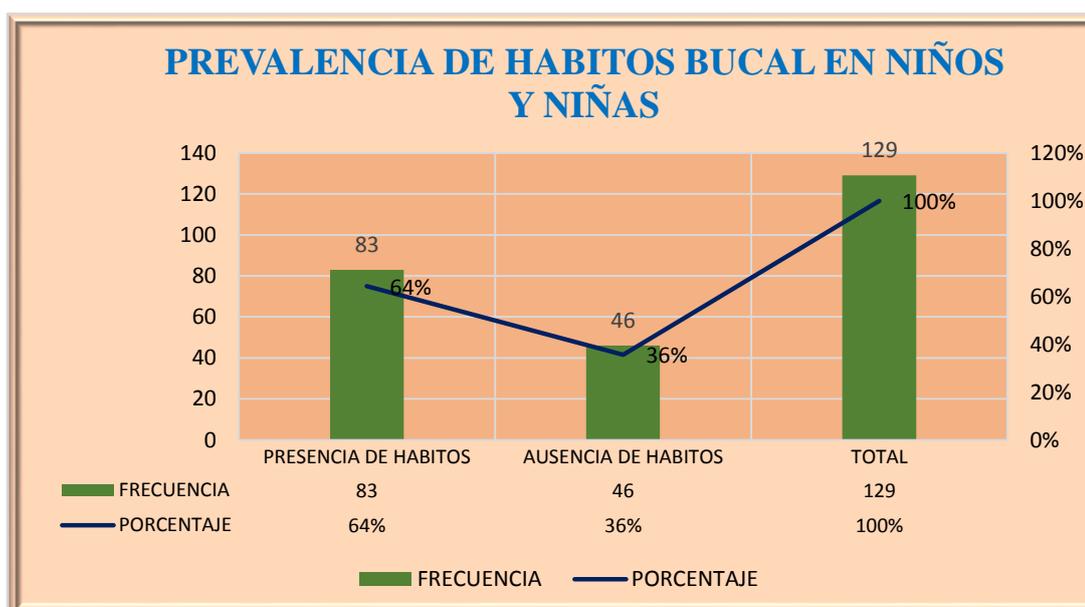


Gráfico N° 1. Prevalencia de hábito bucal en niños y niñas de 7 a 11 años. Realizado por: el autor de esta tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Respecto a la población estudiada mediante la ficha de observación, se encontró que, de 129 de niños (as), 83 presentaron hábitos y 46 no presentaron ningún tipo de hábito.

Considerando la publicación de Nahás³⁴ (2009) citado en la página 6 del marco teórico puedo referenciar que:

El hábito es resultado de la repetición de un acto con determinado fin, volviéndose con el tiempo resistente a cambios. Para Peterson y Schneider la instalación del hábito ocurre por ser agradable y traer satisfacción y placer al individuo. Inicialmente, hay participación consiente del individuo por realizar el acto, pero por causa de su repetición continua, ocurre un proceso de automatización y perfeccionamiento, volviéndose así inconsciente

Analizando la fuente bibliográfica citada, demuestra que el hábito ocurre por ser agradable y traer satisfacción y placer al individuo, considerando esto, se muestra que el hábitos bucal es uno de los más comunes en los niños (as), y en nuestra población de 7 a 11 años de edad de la escuela Machala del sector estancia vieja se encontró un alto porcentaje de presencia de hábitos bucales.

³⁴ Nahás, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

Cuadro 2.

Presencia de hábitos de acuerdo al sexo.

| GENERO | Nº DE NIÑOS | PORCENTAJE |
|-----------|-------------|------------|
| FEMENINO | 44 | 53% |
| MASCULINO | 39 | 47% |
| TOTAL | 83 | 100% |

Nota: Presencia de hábitos de acuerdo al sexo, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

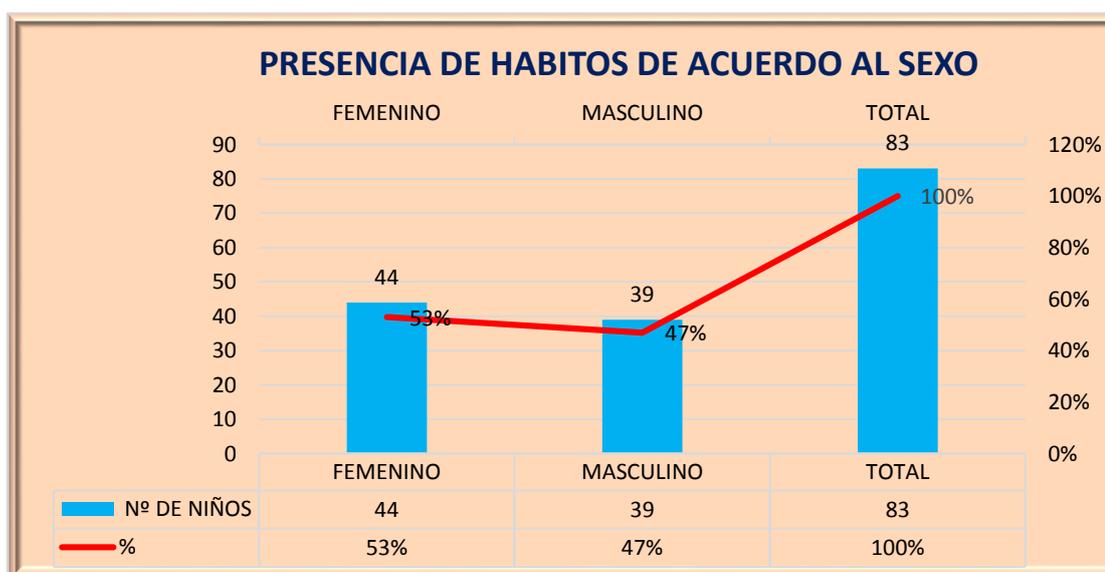


Gráfico N° 2. Presencia de hábitos de acuerdo al sexo.

Realizado por: el autor de esta tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En cuanto se refiere, se obtuvo un total de 83 niños con presencia de hábitos, de los cuales el 44 corresponden al género femenino equivalente a un (53%), y el 39 corresponde al género masculino con el (47%). Con respecto a los resultados se pudo revelar que el predominio de presencia de hábitos es del género femenino en nuestra población de los niños de 7 a 11 años de edad de la escuela Machala del sector Estancia Vieja.

Analizando la información en la página web dspace, un artículo publicado de Gómez³⁵ (2012) podemos citar que:

Los resultados se presentan en un análisis estadístico a través de tablas, las mismas que reflejan que el número de estudiantes que presentaron hábitos bucales deformantes fue del 36,73% en el caso del sexo femenino, y con un porcentaje del 63,27% en el sexo masculino.

Analizando los resultados se evidencia que los datos citados no coinciden con los resultados encontrados en la población estudiada, ya que el sexo predominante en los resultados citados fue el sexo masculino y en nuestra población estudiada fue el sexo femenino.

³⁵ Gómez, P. (2012). Prevalencia de hábitos bucales deformantes y su relación con la presencia de maloclusiones en niños escolares de 6 a 12 años de la Escuela Benjamín Carrión de la ciudad de Loja en el periodo Abril 2011 – Febrero 2012. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6678>

Cuadro 3.

Presencia de uno, dos o tres hábitos bucales.

| PRESENCIA DE HABITOS | FRECUENCIA | PORCENTEJE |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| NIÑOS CON UN HÁBITO (onicofagia) | 47 | 57% |
| NIÑOS CON DOS HÁBITOS (onicofagia, deglución atípica) | 25 | 30% |
| NIÑOS CON TRES HÁBITOS (succión digital, onicofagia, succión lingual) | 11 | 13% |
| TOTAL | 83 | 100% |

Nota: Presencia de uno, dos y tres hábitos, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

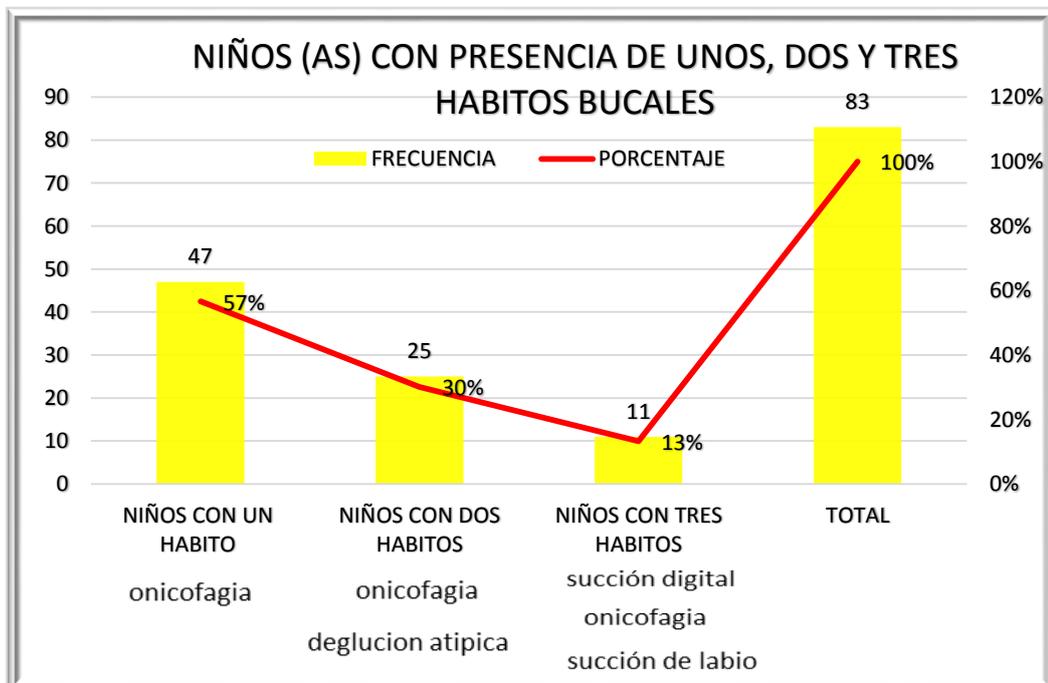


Gráfico N° 3: Presencia de uno, dos o tres hábitos bucales.

Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En cuanto el cuadro y gráfico se refiere, es sobre presencia de uno o varios hábitos en niños y niñas de 7 a 11 años de edad, se obtuvo que 57% niños (a) presentaron un hábito siendo el más común la onicofagia, 30% presentaron dos hábitos siendo los más comunes la onicofagia y deglución atípica y el 13% presentaron 3 hábitos de los cuales los más repetitivos fueron succión digital, succión de labio y onicofagia.

Analizando la obra de Nahás³⁶ (2009) citado en la página 6 del marco teórico puedo referencia que:

El hábito es resultado de la repetición de un acto con determinado fin, volviéndose con el tiempo resistente a cambios. Para Peterson y Schneider la instalación del hábito ocurre por ser agradable y traer satisfacción y placer al individuo. Inicialmente, hay participación consiente del individuo por realizar el acto, pero por causa de su repetición continua, ocurre un proceso de automatización y perfeccionamiento, volviéndose así inconsciente

Debido a que el hábito tiende a ser repetitivo y continuo este se vuelve inconsciente. Lo que puede provocar que en un niño (a) no solo puede presentar un solo hábito, si no que puede haber la presencia de varios.

³⁶ Nahás, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

Cuadro 4.

Frecuencia y porcentaje de hábitos encontrado en los escolares.

| HABITOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 21 | 16% |
| SUCCION DE LABIO | 14 | 11% |
| RESPIRACION BUCAL | 7 | 5% |
| DEGLUCION ATIPICA | 23 | 17% |
| ONICOFAGIA | 58 | 44% |
| BRUXISMO | 9 | 7% |
| TOTAL | 132 | 100% |

Nota: Frecuencia y porcentaje de hábitos encontrados, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.



Gráfico N° 4: Frecuencia y porcentaje de hábitos en los escolares.

Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De acuerdo con la prevalencia del hábito encontrados se determinó que el de mayor porcentaje fue el de, onicofagia 44%, seguido de la deglución atípica con 17% y succión digital con 16%, succión del labio 11% bruxismo 7% y el hábito de menor frecuencia fue la respiración bucal con el 5%.

Analizando la información situado en la página web dspace el artículo de Gómez³⁷ (2012) podemos transcribir que:

El hábito bucal deformante de mayor prevalencia es la Onicofagia con el 34.70%, en el sexo femenino se pudo identificar este hábito en un 16,33%, mientras que en el sexo masculino la onicofagia y la succión digital con un mismo porcentaje de 18,37%. Los hábitos bucales deformantes se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino con el 63,27% y la edad donde son más frecuentes es a los 6 años representado por el 20,41%.

Como se pudo analizar, dentro de los pacientes observados en este estudio, el hábito que se presentó con mayor frecuencia fue onicofagia, resultados que coinciden con los citados en esta página.

³⁷ Gómez, P. (2012). Prevalencia de hábitos bucales deformantes y su relación con la presencia de maloclusiones en niños escolares de 6 a 12 años de la Escuela Benjamín Carrión de la ciudad de Loja en el periodo Abril 2011 – Febrero 2012. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6678>

Cuadro 5.

Presencia de mal posiciones dentales encontradas en los niños (as) de 7 a 11 años.

| MAL POSICIÓN DENTAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------|------------|------------|
| DIASTEMA | 50 | 28% |
| MORDIDA CRUZADA UNILATERAL | 3 | 2% |
| MORDIDA CRUZADA BILATERAL | 6 | 3% |
| MORDIDA CRUZADA ANTERIOR | 7 | 4% |
| MORDIDA CRUZADA POSTERIOR | 4 | 2% |
| APIÑAMIENTO SUPERIOR | 5 | 3% |
| APIÑAMIENTO INFERIOR | 45 | 25% |
| VESTIBULARIZACIÓN SUPERIOR | 29 | 16% |
| VESTIBULARIZACIÓN INFERIOR | 9 | 5% |
| RETROINCLINACION SUPERIOR | 5 | 3% |
| RETROINCLINACION INFERIOR | 15 | 8% |
| TOTAL | 178 | 100% |

Nota: Presencia del total de las mal posiciones dentales encontradas en los niños (as) de 7 a 11 años, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

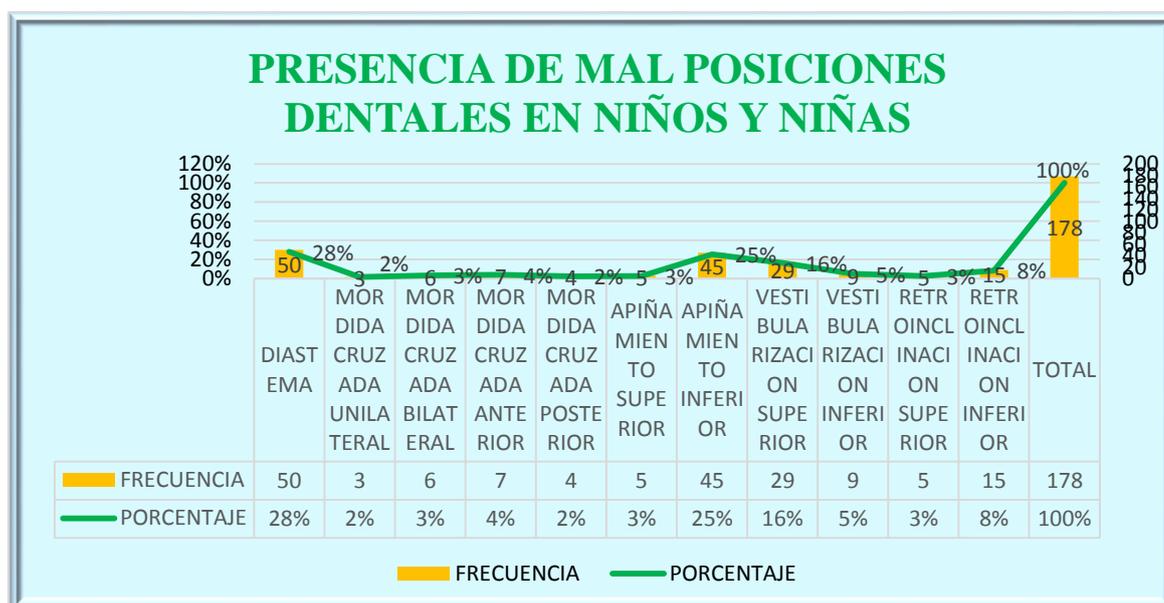


Gráfico N° 5: Presencia de mal posiciones dentales en los niños y niñas de 7 a 11 años.
Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De acuerdo a los datos obtenidos mediante la ficha de observación, obtuvimos que la mal posición dental más prevalente fue, el diastema 28% seguido del apiñamiento inferior 25%, y vestibularización superior 16%, y la mal posición menos frecuente fue mordida cruzada posterior 4% seguida de la mordida cruzada unilateral con el 3%.

Analizando el artículo de Suarez, Salas, Villalobos, Villalobos, Quirós³⁸ (2012) podemos referir que:

Se puede observar que hubo un predominio de la mordida abierta anterior representada por el 44.1% del total de la población examinada, seguido de la apiñamiento dentario 35% y 14.1% Vestibuloversión de incisivos superiores, con menos significación caninos ectópicos un 6.6%, siendo el grupo de edad el de 7-9 y 10-11 años los más afectados con 31.66%, 48.33 % respectivamente.

Analizando los porcentajes citados, demuestra que coinciden los resultados, porque una de las mal posiciones dentales más frecuente fue el apiñamiento dental.

³⁸ Suarez, E; Salas, W; Villalobos, G; Villalobos, K; Quirós, O. (2012). Estudio de las Maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población Añu de la Escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>

Cuadro 6.

Niños y niñas con diastema relacionados con los hábitos bucales.

| HABITOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 8 | 16% |
| SUCCION DE LABIO | 4 | 8% |
| RESPIRACION BUCAL | 1 | 2% |
| DEGLUCION ATIPICA | 10 | 20% |
| ONICOFAGIA | 21 | 42% |
| BRUXISMO | 3 | 6% |
| TOTAL | 47 | 100% |

Nota: Niños y niñas con diastema relacionados con los hábitos bucales, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

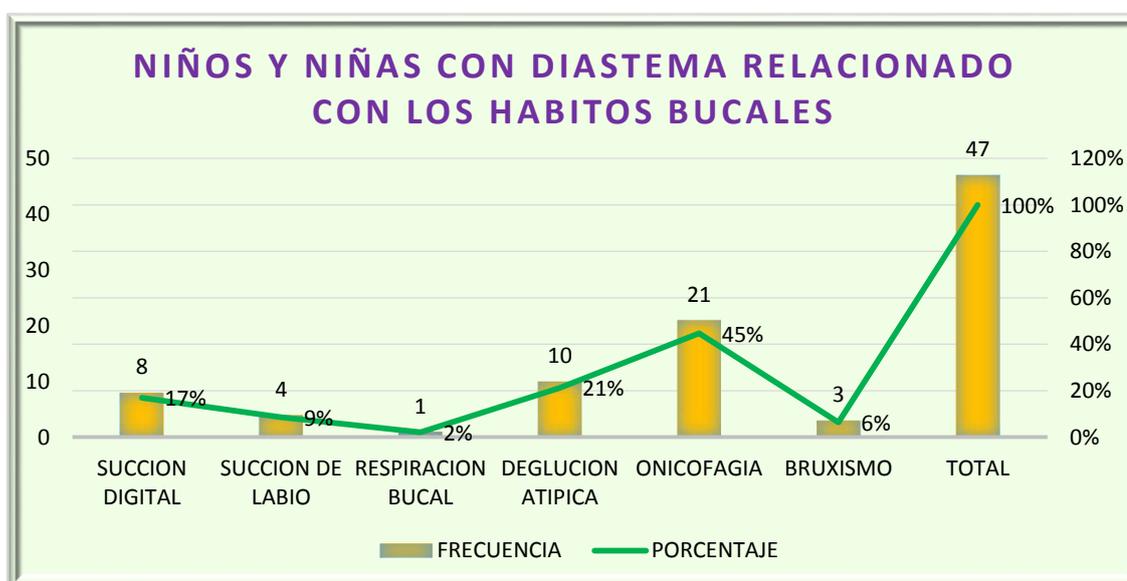


Gráfico N° 6: Niños y niñas con diastema relacionado con hábitos bucales. Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y grafico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre diastema y hábitos, y el hábito que mayor porcentaje fue la onicofagia 45% y deglución atípica 21% y el de menos porcentaje fue la respiración bucal 2% datos que nos reflejan que talvez puede haber relación entre el hábito y mal posición dental.

Considerando la información publicada en la página web ortodoncia³⁹ citado en el marco teórico página 18, se puede conocer que: “El diastema medio interincisal, es frecuente en el 98% de los niños de 6 y 7 años de edad, pero su incidencia disminuye a 7% en adolescentes de 12 a 18 años.”

Analizando la información citada, los resultados coincidente con la publicación descrita en esta pagina

³⁹ Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. (2013). Factores Etiológicos del Diastema de la línea media superior: Revisión de la literatura. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art36.asp>

Cuadro 7.

Niños y niñas con apiñamiento inferior relacionado con los hábitos bucales.

| HABITOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 7 | 13% |
| SUCCION DE LABIO | 6 | 12% |
| RESPIRACION BUCAL | 3 | 6% |
| DEGLUCION ATIPICA | 9 | 17% |
| ONICOFAGIA | 24 | 46% |
| BRUXISMO | 3 | 6% |
| TOTAL | 52 | 100% |

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

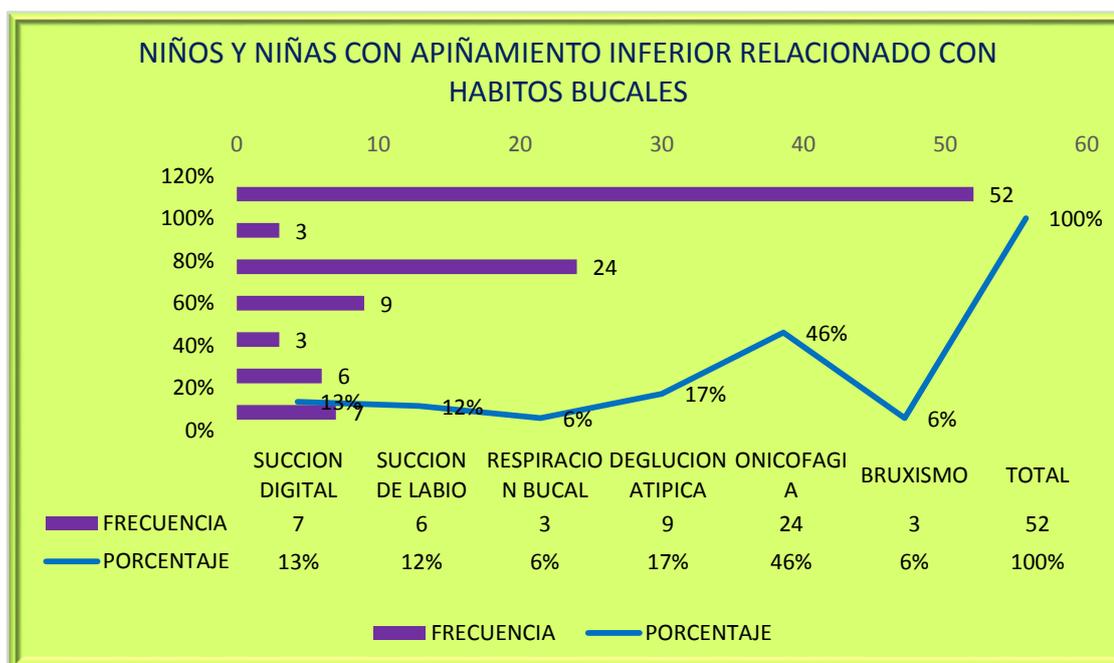


Gráfico N° 7: Niños y niñas con apiñamiento inferior relacionado con los hábitos bucales.
Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y grafico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre apiñamiento inferior y hábitos, y el hábito de mayor porcentaje fue onicofagia con el 46% y los de menor frecuencia el bruxismo y la respiración bucal con el 6% en ambos casos.

Analizando el artículo de la revista Habanera de Ciencias Médicas⁴⁰ (2009) nos dice que: “El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, contribuyendo a la maloclusión aproximadamente con 40% a 85%. En nuestro país, por estudios realizados desde la década del 70, la cifra de afectados oscila entre 27% y 66%.”

El presente estudio demuestra que hubo alto índice de hábitos con relación al apiñamiento

⁴⁰ Macías, R; Quesada, L; Benítez, B; González, M. (2009). Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del área de salud masó. 2008. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500011

Cuadro 8.

Niños y niñas con apiñamiento superior relacionado con hábitos bucales.

| HÁBITO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 2 | 20% |
| SUCCION DE LABIO | 2 | 20% |
| RESPIRACION BUCAL | 0 | 0% |
| DEGLUCION ATIPICA | 2 | 20% |
| ONICOFAGIA | 3 | 30% |
| BRUXISMO | 1 | 10% |
| TOTAL | 10 | 100% |

Nota: Niños y niñas con apiñamiento superior relacionado con hábitos bucales, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3

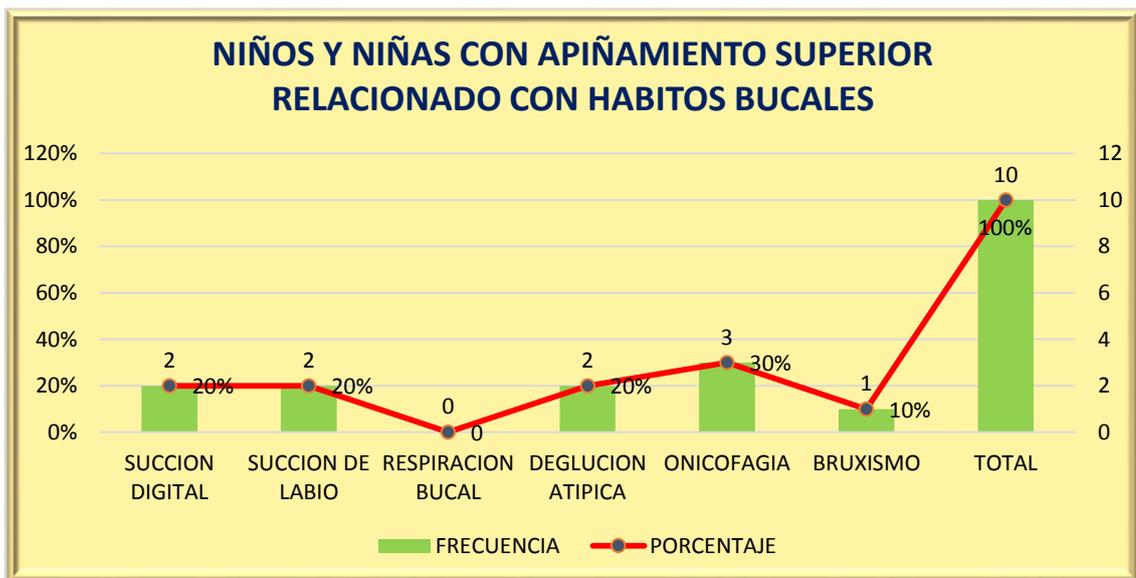


Gráfico N° 8: Niños y niñas con apiñamiento superior relacionado con hábitos bucales.

Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y gráfico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre apiñamiento superior y hábitos bucales, es que el hábito de mayor frecuencia fue la onicofagia 30% y el de menor frecuencia el bruxismo 10%.

Analizando el artículo de la revista Habanera de Ciencias Médicas⁴¹ (2009) podemos conocer que: “El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, contribuyendo a la maloclusión aproximadamente con 40% a 85%.

Analizando el artículo citado, demuestra que el apiñamiento es uno de los más frecuentes, en cuanto a las mal posiciones dentales, en nuestro estudio coincide con los datos citados.

⁴¹ Macías, R; Quesada, L; Benítez, B; González, M. (2009). Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del área de salud masó. 2008. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500011

Cuadro 9.

Niños y niñas con vestibularización superior con relación a los hábitos bucales.

| HÁBITO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 7 | 24% |
| SUCCION DE LABIO | 4 | 14% |
| RESPIRACION BUCAL | 1 | 4% |
| DEGLUCION ATIPICA | 3 | 10% |
| ONICOFAGIA | 14 | 48% |
| BRUXISMO | 0 | 0% |
| TOTAL | 29 | 100% |

Nota: Niños y niñas con vestibularización superior relacionado con los hábitos bucales, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

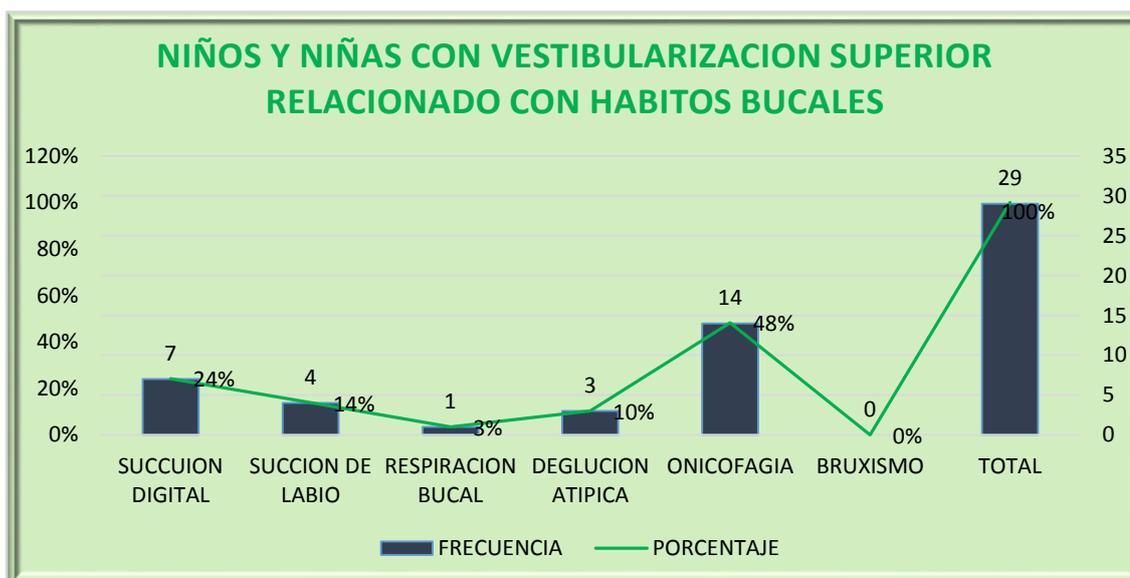


Gráfico N° 9: Niños y niñas con vestibularización superior relacionado con hábitos bucales. Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y gráfico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre vestibularización superior y hábitos, el hábito de mayor frecuencia que se encontró fue la onicofagia 48% y el de menor frecuencia respiración bucal 2% y los que aparentemente no tiene que ver es el bruxismo con el 0%.

Analizando la información de Revista Facultad de Odontología de Antioquia⁴². (2011) citado en el marco teórico en la página 22 se conoce que: “La posición bucolingual de los incisivos es un parámetro importante para obtener la oclusión adecuada.”

En este estudio se pudo observar que los estudiantes presentaron vestibularización superior de las piezas dentales anteriores, afectando la estética facial lo que coincide con lo citado.

⁴² Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. (2011). Inclinación de incisivos: cálculo de la cantidad de desplazamiento bucolingual y sus efectos en la longitud del arco dental. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000100009

Cuadro 10.

Niños y niñas con vestibularización inferior y su relación con hábitos bucales.

| HÁBITO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 1 | 20% |
| SUCCION DE LABIO | 0 | 0% |
| RESPIRACION BUCAL | 0 | 0% |
| DEGLUCION ATIPICA | 1 | 20% |
| ONICOFAGIA | 3 | 60% |
| BRUXISMO | 0 | 0% |
| TOTAL | 5 | 100% |

Nota: Niños y niñas con vestibularización inferior y su relación con hábitos bucales, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

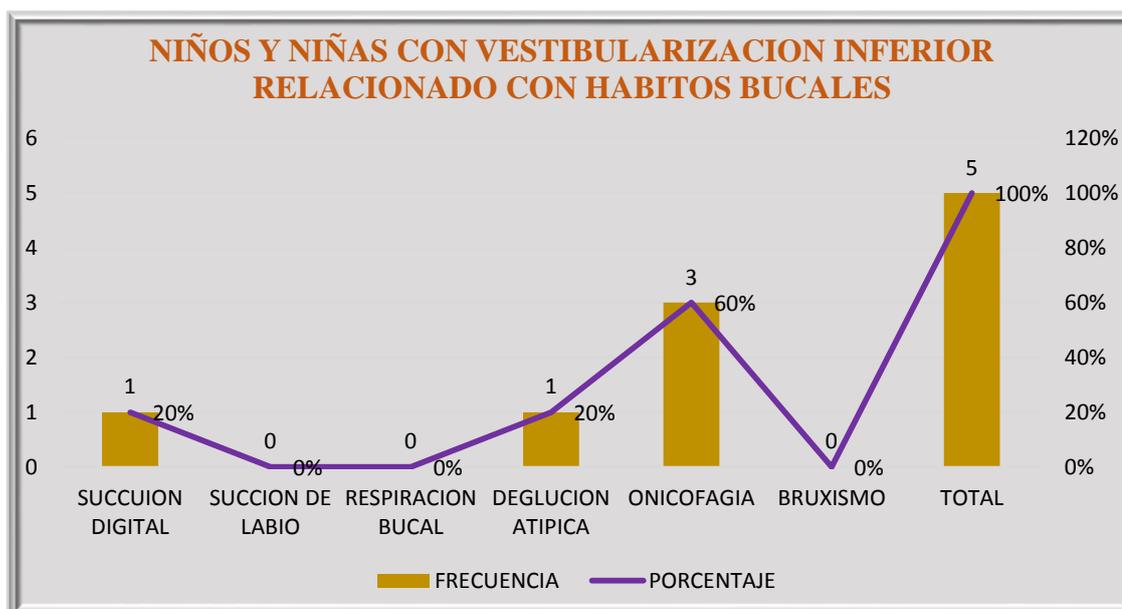


Gráfico N° 10: Niños y niñas con vestibularización inferior y su relación con hábitos bucales. Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y grafico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre vestibularización inferior y hábitos, el hábito de mayor frecuencia que se encontró fue la onicofagia 60% y el de menor frecuencia succión digital y deglución atípica, ambos con el mismo porcentaje de 20% y los que aparentemente no tiene que ver con la mal posición dental es el bruxismo, succión de labio y respiración bucal con el 0%, presentando un total de 5 hábitos.

Analizando la información de Revista de Odontología Universidad de Antioquia⁴³. (2011) citado en el marco teórico en la página 22 se conoce que: “La posición bucolingual de los incisivos es un parámetro importante para obtener la oclusión adecuada. Puede afectar la estética facial anteroinferior, el funcionamiento de los labios y la estabilidad postratamiento.”

En este estudio se pudo observar que los estudiantes presentaron vestibularización inferior de las piezas dentales anteriores, afectando la estética facial lo que coincide con lo citado.

⁴³ Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. (2011). Inclinação de incisivos: cálculo de la cantidad de desplazamiento bucolingual y sus efectos en la longitud del arco dental. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000100009

Cuadro 11.

Niños y niñas con mordida cruzada anterior y su relación con hábitos bucales.

| HÁBITO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 1 | 17% |
| SUCCION DE LABIO | 1 | 17% |
| RESPIRACION BUCAL | 0 | 0% |
| DEGLUCION ATIPICA | 1 | 17% |
| ONICOFAGIA | 3 | 50% |
| BRUXISMO | 0 | 0% |
| TOTAL | 6 | 100% |

Nota: Niños y niñas con mordida cruzada anterior y su relación con hábitos bucales, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

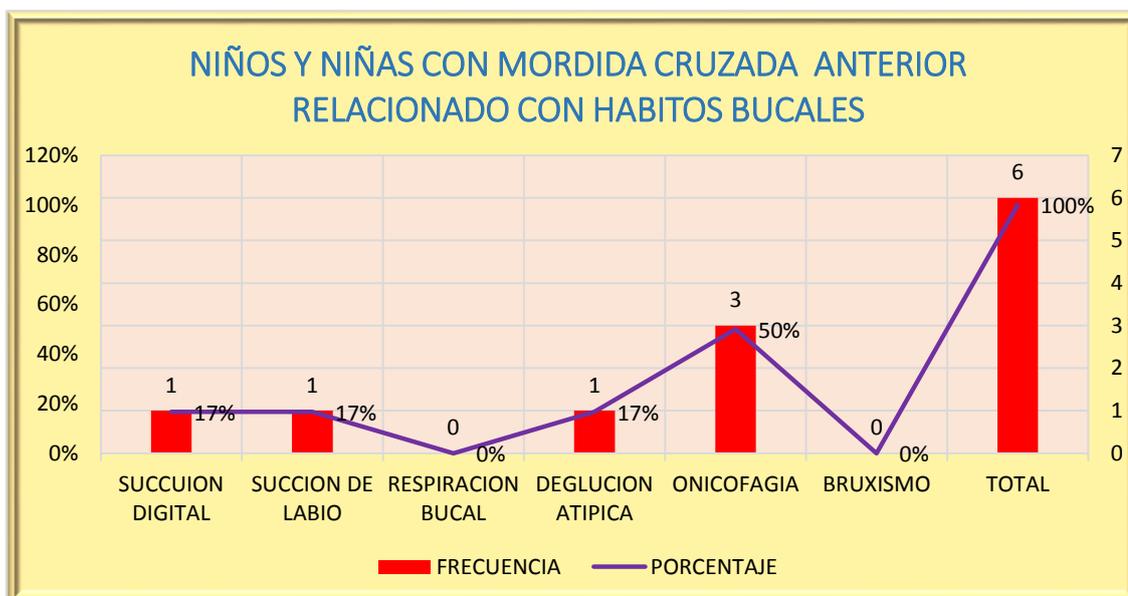


Gráfico N° 11: Niños y niñas con mordida cruzada anterior y su relación con hábitos bucales. Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y gráfico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre mordida cruzada anterior y hábitos, el hábito de mayor frecuencia que se encontró fue la onicofagia 50% y el de menor frecuencia succión digital, succión del labio y deglución atípica, todos con un porcentaje bajo del 17% y los que aparentemente no tiene que ver con la mal posición dental es la respiración bucal y bruxismo con el 0%.

Analizando la información de la obra de Rodríguez, Casasa y Natera⁴⁴ (2007) citado en el marco teórico página 21 podemos referir que:

La mordida cruzada anterior es uno de los problemas ortodónticos más comunes en pacientes con crecimiento. Ocurre generalmente en la dentición primaria y mixta como resultado de una desarmonía en los componentes esqueléticos, funcionales o dentales del niño. Esta se caracteriza porque uno o más dientes anterosuperiores se encuentran ocluyendo sobre la cara lingual de los anteroinferiores.

Analizando la publicación citada con respecto a los resultados obtenidos en la población estudiada no coinciden los resultados, que se presentó pocos niños con mordida cruzada.

⁴⁴ Rodríguez, E; Casasa, R y Natera, A. (2007). 1001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República Bolivariana: Amolca.

Cuadro 12.

Niños y niñas que presentan mordida cruzada posterior y su relación con hábitos bucales.

| HÁBITO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 1 | 14% |
| SUCCION DE LABIO | 1 | 14% |
| RESPIRACION BUCAL | 1 | 14% |
| DEGLUCION ATIPICA | 1 | 14% |
| ONICOFAGIA | 2 | 29% |
| BRUXISMO | 1 | 14% |
| TOTAL | 7 | 100% |

Nota: Niños y niñas que presentan mordida cruzada posterior y su relación con hábitos bucales, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

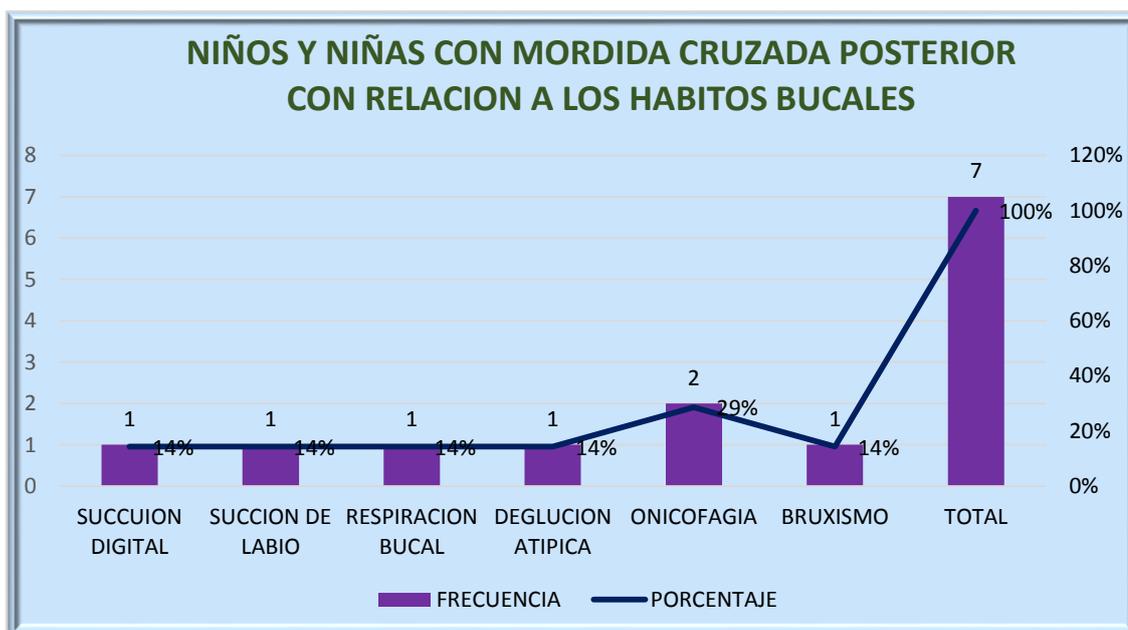


Gráfico N° 12: Niños y niñas que presentan mordida cruzada posterior y su relación con hábitos bucales.

Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y gráfico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre mordida cruzada posterior y hábitos, el hábito de mayor frecuencia que se encontró fue la onicofagia 29% y el resto de hábitos tuvo un menor porcentaje de 14%.

Estudiando la información de la obra de Rodríguez, Casasa y Natera⁴⁵ (2007) citado en el marco teórico página 21, podemos saber que:

Las mordidas cruzadas posteriores son alteraciones de la oclusión sobre el plano transversal. Este tipo de mordida presenta las cúspides vestibulares de los molares y premolares superiores ocluyendo sobre las fosas de los molares inferiores, encontrando de esta manera, que los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores al ocluir.

⁴⁵ Rodríguez, E; Casasa, R y Natera, A. (2007). 1001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República Bolivariana: Amolca.

Cuadro 13.

Niños y niñas con mordida cruzada unilateral y su relación con hábitos bucales.

| HÁBITO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 0 | 0% |
| SUCCION DE LABIO | 0 | 0% |
| RESPIRACION BUCAL | 1 | 25% |
| DEGLUCION ATIPICA | 1 | 25% |
| ONICOFAGIA | 2 | 50% |
| BRUXISMO | 0 | 0% |
| TOTAL | 4 | 100% |

Nota: Niños y niñas con mordida cruzada unilateral y su relación con hábitos bucales, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

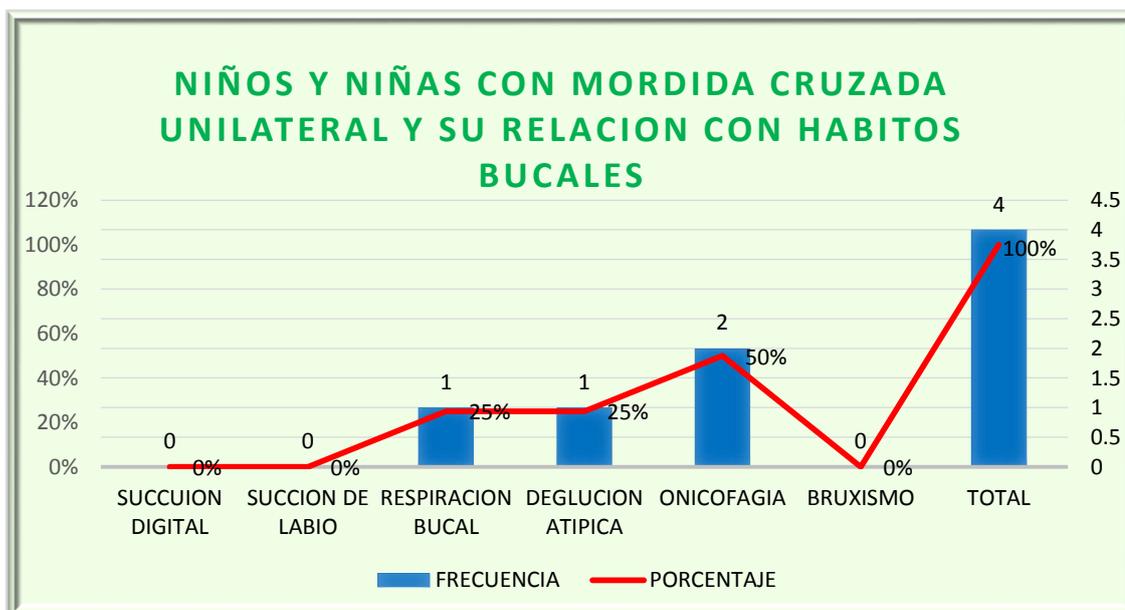


Gráfico N° 13: Niños y niñas con mordida cruzada unilateral y su relación con hábitos bucales. Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y grafico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre mordida cruzada unilateral y hábitos, el hábito de mayor frecuencia que se encontró fue la onicofagia 50% y los hábitos que aparentemente no tiene que ver son el bruxismo, succión digital y succión de labio.

Considerando la información de la obra de Rodríguez, Casasa y Natera⁴⁶ (2007) citado en el marco teórico página 20 podemos citar que:

La mordida cruzada es un tipo de maloclusión que se presenta con cierta frecuencia en la práctica de la ortodoncia. Está se identifica cuando los dientes inferiores están en posición vestibular o labial, con respecto a los dientes superiores de forma unilateral, bilateral, anterior y/o posterior.

Como se pudo analizar, dentro de los pacientes observados en este estudio, se encontró bajo porcentaje de mordida cruzada unilateral, resultados que coinciden con los citados en esta página.

⁴⁶ Rodríguez, E; Casasa, R y Natera, A. (2007). 1001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República Bolivariana: Almoca.

Cuadro 14.

Niños y niñas con mordida cruzada bilateral y su relación con hábitos bucales.

| HÁBITO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 1 | 17% |
| SUCCION DE LABIO | 1 | 17% |
| RESPIRACION BUCAL | 0 | 0% |
| DEGLUCION ATIPICA | 1 | 1% |
| ONICOFAGIA | 2 | 33% |
| BRUXISMO | 1 | 17% |
| TOTAL | 6 | 100% |

Nota: Niños y niñas con mordida cruzada bilateral y su relación con hábitos bucales, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

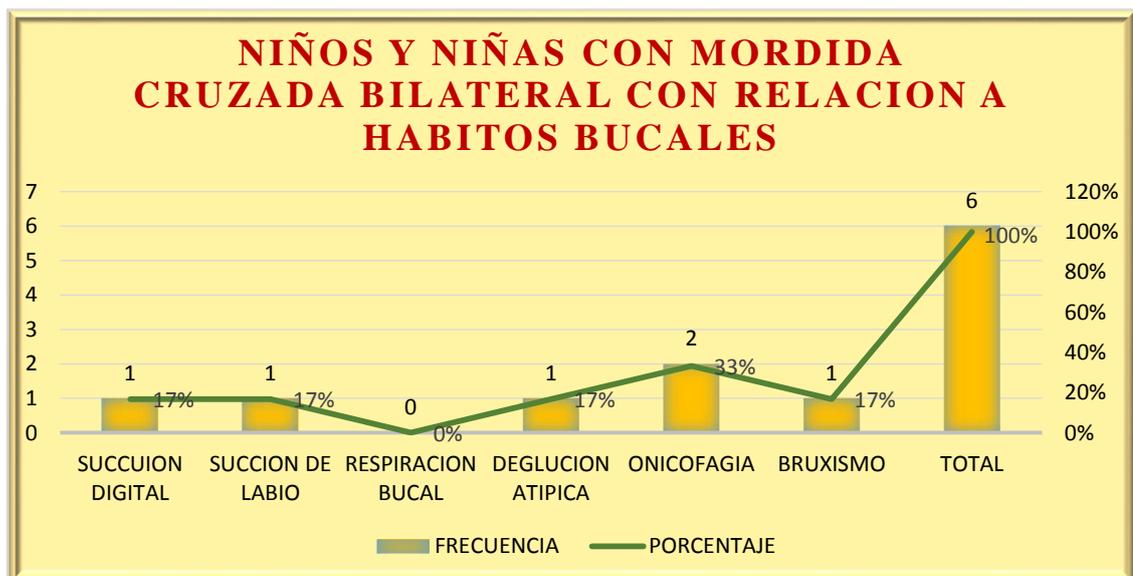


Gráfico N° 14: Niños y niñas con mordida cruzada bilateral y su relación con hábitos bucales. Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y gráfico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre mordida cruzada bilateral y hábitos, el hábito de mayor frecuencia que se encontró fue la onicofagia 33% y el hábito que aparentemente no tiene que ver es la respiración bucal 0%.

Considerando la información de la obra de Rodríguez, Casasa y Natera⁴⁷ (2007) citado en el marco teórico página 20 podemos referir que:

La mordida cruzada es un tipo de maloclusión que se presenta con cierta frecuencia en la práctica de la ortodoncia. Está se identifica cuando los dientes inferiores están en posición vestibular o labial, con respecto a los dientes superiores de forma unilateral, bilateral, anterior y/o posterior.

Como se pudo analizar, dentro de los pacientes observados en este estudio, se encontró bajo porcentaje de mordida cruzada bilateral, resultados que coinciden con los citados en esta página.

⁴⁷ Rodríguez, E; Casasa, R y Natera, A. (2007). 1001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República Bolivariana: Almoca.

Cuadro 15.

Niños y niñas con retroinclinacion superior y su relación con hábito bucales.

| HÁBITO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 2 | 40% |
| SUCCION DE LABIO | 0 | 0% |
| RESPIRACION BUCAL | 0 | 0% |
| DEGLUCION ATIPICA | 0 | 0% |
| ONICOFAGIA | 3 | 60% |
| BRUXISMO | 0 | 0% |
| TOTAL | 5 | 100% |

Nota: Niños y niñas con retroinclinacion superior y su relación con hábito bucales, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

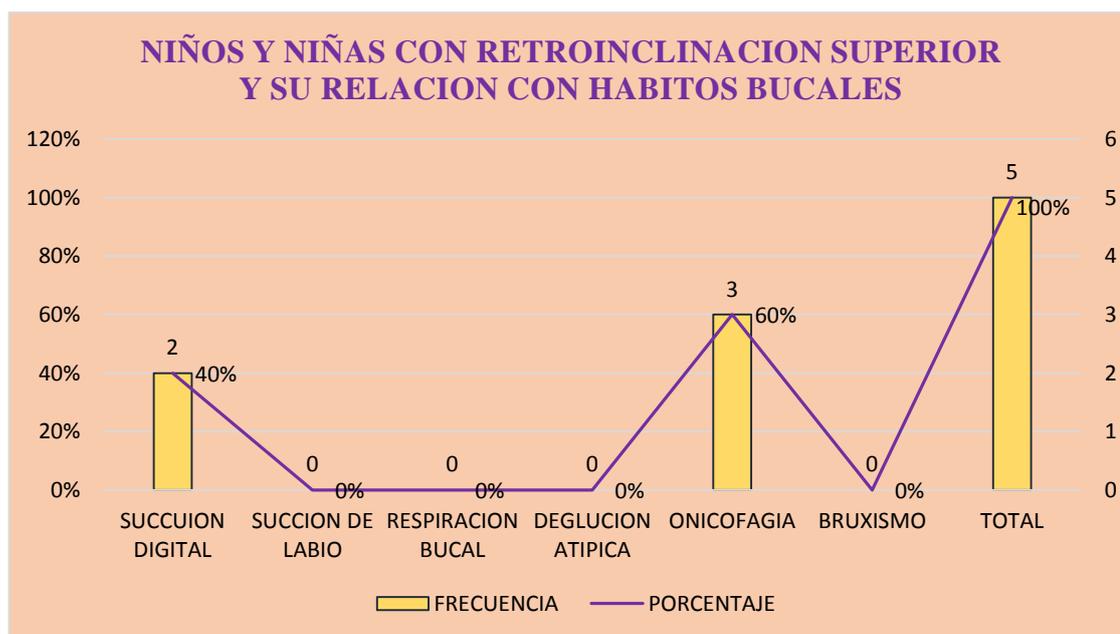


Gráfico N° 15: Niños y niñas con retroinclinacion superior y su relación con hábito bucales. Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y gráfico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre retroinclinación superior y hábitos, los niños tuvieron un total de 5 hábitos y el más predominante fue la onicofagia 60% y succión digital 40%, observando que los hábitos restantes no tienen ninguna relación alguna.

Analizando la información de Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia⁴⁸. (2011) citado en el marco teórico en la página 22 se conoce que: “La posición bucolingual de los incisivos es un parámetro importante para obtener la oclusión adecuada. Puede afectar la estética facial anteroinferior, el funcionamiento de los labios y la estabilidad posttratamiento.”

Analizando la publicación citada nos dice, que retroinclinación superior afecta el funcionamiento de los labios y estética facial anteroinferior y en el estudio hubo un bajo porcentaje de esta mala posición dental.

⁴⁸ Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. (2011). Inclinación de incisivos: cálculo de la cantidad de desplazamiento bucolingual y sus efectos en la longitud del arco dental. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000100009

Cuadro 16.

Niños y niñas con retroinclinación inferior y su relación con hábitos bucales.

| HÁBITO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 3 | 19% |
| SUCCION DE LABIO | 1 | 6% |
| RESPIRACION BUCAL | 1 | 6% |
| DEGLUCION ATIPICA | 3 | 19% |
| ONICOFAGIA | 7 | 44% |
| BRUXISMO | 1 | 6% |
| TOTAL | 16 | 100% |

Nota: Niños y niñas con retroinclinación inferior y su relación con hábitos bucales, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

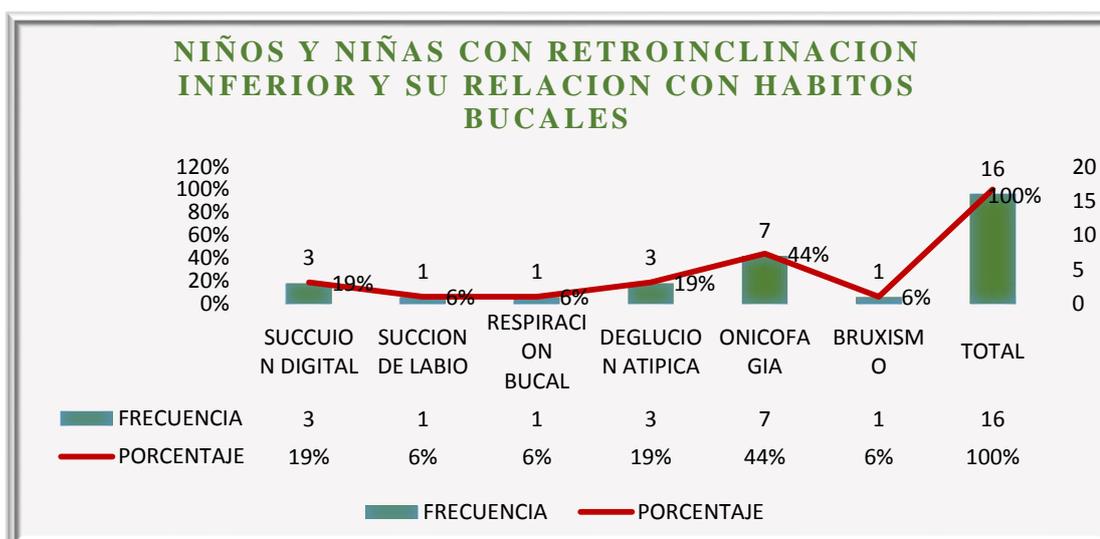


Gráfico N° 16: Niños y niñas con retroinclinación inferior y su relación con hábitos bucales. Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y gráfico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre retroinclinación inferior y hábitos, lo cual nos demuestra que el hábito de mayor porcentaje fue onicofagia 44%, deglución atípica 13% y succión digital 13% presentando los niños un total de 16 (100%) hábitos.

Analizando la información de Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia⁴⁹. (2011) citado en el marco teórico en la página 22 se conoce que: “La posición bucolingual de los incisivos es un parámetro importante para obtener la oclusión adecuada. Puede afectar la estética facial anteroinferior, el funcionamiento de los labios y la estabilidad postratamiento.”

⁴⁹ Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. (2011). Inclinação de incisivos: cálculo de la cantidad de desplazamiento bucolingual y sus efectos en la longitud del arco dental. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000100009

Cuadro 17.

Relación de los hábitos bucales y mal posiciones dentales en general.

| ESCOLARES | RESULTADOS OBTENIDOS | FRECUENCIA DE LA MAL POSICION DENTAL | AUSENCIA DE MAL POSICIONES DENTALES | PORCENTAJE |
|-------------|----------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| CON HABITOS | 83 | 74 | 9 | 86% |
| SIN HABITOS | 46 | 12 | 34 | 14% |
| TOTAL | 129 | 86 | 43 | 100% |

Nota: Relación de los hábitos bucales y mal posiciones dentales en general, resultados obtenidos de la ficha de observación en los estudiantes de la escuela Machala N° 30.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

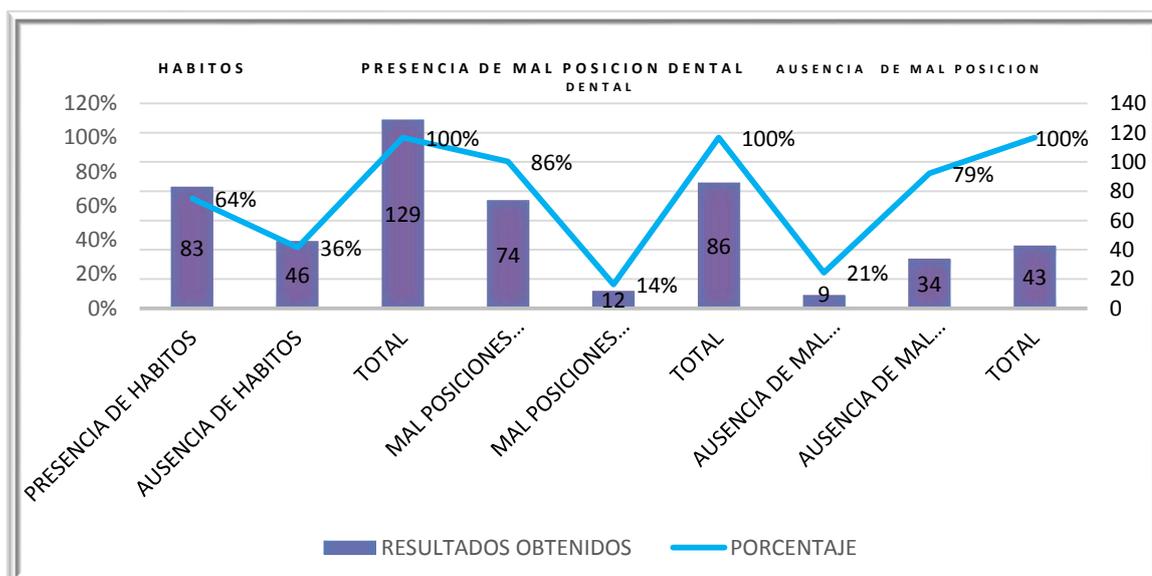


Gráfico N° 17: Relación de los hábitos bucales y mal posiciones dentales en general.

Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En lo que a este cuadro y gráfico se refiere la información que se obtuvo mediante la ficha de observación fue la relación que hay entre los hábitos y las mal posiciones dentales, encontrando que de los 83 niños con presencia de hábito los 74 tuvieron mal posición dental y 9 no presentaron mal posición dental, y de los 46 niños que no presentaron hábitos solo 12 tuvieron mal posiciones dentales y 34 no presentaron mal posición dental.

Analizando la información del sitio web ortodoncia⁵⁰ (2011) citado en el nuestro marco teórico página 7 podemos saber que:

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

De acuerdo al artículo citado demuestra que la presencia de un hábito provoca una mal posición dental, coincidiendo con nuestro estudio, ya que los niños que presentaron hábitos tenían un gran porcentaje de mal posiciones dentales.

⁵⁰ Revista latinoamericana de ortodoncia y odonpediatría. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

4.2 Análisis e interpretación de las encuestas dirigidas a los padres de familia

Cuadro 18.

Encuesta a padres de familias de los niños y niñas de la escuela Machala N° 30 con respecto a los hábitos bucales.

| HÁBITO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|------------|
| SUCCION DIGITAL | 14 | 7% |
| SUCCION DE LABIO | 12 | 6% |
| RESPIRACION BUCAL | 1 | 0% |
| DEGLUCION ATIPICA | 24 | 12% |
| ONICOFAGIA | 51 | 25% |
| BRUXISMO | 49 | 24% |
| OTROS | 6 | 3% |
| NINGUNO DE LOS ANTERIORES | 44 | 22% |
| TOTAL | 201 | 100% |

Nota: Encuesta a padres de familias de los niños y niñas de la escuela Machala N° 30 con respecto a los hábitos bucales, resultados obtenidos mediante la encuesta a los padres.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 4.

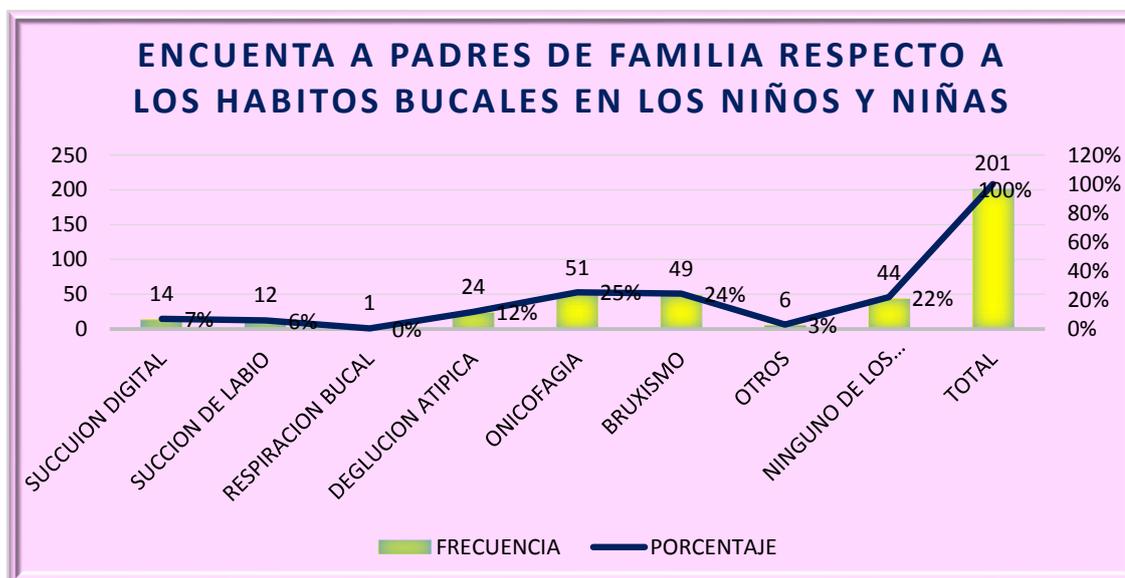


Gráfico N° 18: Encuesta a padres de familias de los niños y niñas de la escuela Machala N° 30 con respecto a los hábitos bucales.

Realizado por: el autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De acuerdo el grafico según los padres el hábito más común es la onicofagia 25% y el de menor frecuencia es la respiración bucal 0%. El 22% de los padres señalaron que sus hijos no presentaban ningún hábito y el 3% dijeron que presentaban otro tipo de hábito.

Analizando el artículo de Gómez⁵¹ (2012) podemos citar que: “Mediante la encuesta aplicada a los padres de familia se pudo establecer que el 52,95% tenían conocimiento acerca de los hábitos bucales deformantes.”

Analizando el artículo citado con relación a la encuesta aplicada los padres de familia en este estudio, se puede establecer que hubo un alto porcentaje de conocimiento de hábitos, resultados que coinciden con lo citado.

⁵¹ Gómez, P. (2012). Prevalencia de hábitos bucales deformantes y su relación con la presencia de maloclusiones en niños escolares de 6 a 12 años de la Escuela Benjamín Carrión de la ciudad de Loja en el periodo Abril 2011 – Febrero 2012. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6678>

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Dentro de los 129 niños (as) estudiados, 83 tuvieron hábitos bucales, de los cuales el más prevalente fue la onicofagia, dentro de esta población, 74 presentaron mal posición dental, siendo el más frecuente el diastema.

De acuerdo a los resultados, los niños (as) que se observó con presencia de hábitos, tuvieron un alto índice de mal posiciones dentales, mientras que los niños sin hábitos, presentaron bajo porcentaje de mal posiciones dentales. Por lo cual en esta población de estudio de las mal posiciones dentales si se relacionan con la presencia de hábitos bucales.

5.2. Recomendaciones.

Se debe informar a los estudiantes y padres de familia de la Escuela Machala sobre los hábitos bucales, para promover medidas preventivas y tratamientos oportunos, para de esta manera evitar mal posiciones dentales, que no solo afecta la estética, si no la función dentaria.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Título de la propuesta.

Prevención de hábitos bucales en los niños (as) y padres de familia de la escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la Parroquia Colón.

6.2. Período de ejecución.

Fecha de inicio: 13 octubre de 2015

Fecha de finalización: 15 octubre de 2015

6.3. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos: Son los escolares de 7 a 11 años de la escuela Machala N° 30 del sitio Estancia Vieja de la Parroquia Colón.

Beneficiarios indirectos: Son los padres y tutores de los escolares de 7 a 11 años de la Escuela Machala del sector Estancia vieja.

6.4. Clasificación de la propuesta.

Tipo educativo.

6.5. Ubicación sectorial y física.

La Escuela Machala se encuentra en el sector Estancia vieja, de la Parroquia Colon vía Santa Ana.

6.6. Introducción.

La prevención de los hábitos bucales impide el desarrollo de las mal posición dental, las cuales afectan a la estética y funcionalidad de la cavidad bucal.

La presente propuesta constituye un aporte importante hacia los padres de familia y estudiantes, con el fin de promocionar medidas preventivas sobre los hábitos bucales, ya que se desconoce las causas, tratamiento o cómo actuar antes este suceso.

6.7. Justificación.

Es importante realizar este proyecto debido a los problemas encontrados en los escolares, ya que se pudo comprobar que la población estudiada había un alto porcentaje de hábitos bucales.

Por lo tanto es significativo dar charlas respecto al tema para informar y orientar a los padres de familia, consiguiendo concientizarlos para que le den mayor interés y preocupación al problema que presentan los niños (as).

La propuesta es factible debido a que la unidad educativa al igual que los padres de los estudiantes, están muy interesados en el aporte de los conocimientos que brindaran respecto a los hábitos.

6.8. Marco institucional.

La Escuela Fiscal Mixta Machala N° 30 se encuentra ubicada en la provincia de Manabí, del Cantón Portoviejo, Parroquia Colon del Sitio Estancia Vieja vía Santa Ana km 10 ½ margen derecho, en la calle 1ero de Enero y 1ero de Mayo.

La escuela se fundó en el año 1932, así creció la comunidad, hasta que el desarrollo Social y el Centro de Educación de adultos en un año de 1969, cuando el Sr. Virgilio Menéndez formo un Centro de Educación de Adultos donde muchos terminaron la primaria.

Poco después formaron una agrupación campesina que fue a cargo de la Lcda. Nancy Andrade, el Sr. Jorge Loor y Virgilio Menéndez y entre otras personas del CRM. En esa organización asistieron miembros de la Educación Provincial y de Educación de Adultos y otros; el Sr. Lucas como Líder comunitario y a la vez Presidente de la misma, hizo uso de la palabra y se dirigió a los visitantes dando a conocer todas las necesidades que había en ella, en primer lugar pidió que se atendiera este pedido de construir una Escuela para el mejoramiento de la Niñez marginada la cual fue atendido, y con el esfuerzo de la Comunidad y el consejo Provincial de Manabí se hizo dicha escuela cuyo nombre es Escuela mixta Máchala n° 30, que fue entregada por el Sr. Enrique delgado Copiano, quien entrego dicha escuela con 4 aulas.

6.9. Objetivos.

6.9.1. Objetivo General.

Promover medidas preventivas de hábitos bucales, a los estudiantes y padres de familia de la escuela Machala n° 30.

6.9.2. Objetivos Específicos.

Informar a los estudiantes y padres de familia de la Escuela Machala acerca de las causas, tratamiento, prevención de hábitos bucales.

Concientizar a los padres de familia de la Escuela Machala sobre los hábitos bucales.

6.10. Descripción de la Propuesta.

En la investigación realizada se observó que los padres de familia de los niños (as) de 7 a 11 años de la Escuela Machala n° 30 del sector Estancia Vieja tenían conocimiento de ciertos hábitos pero no sabían cómo prevenir y tratar la presencia de estos.

Debido a esto, es necesario promover información acerca de los riesgos que pueden causar los hábitos bucales, por lo cual es necesario dar a conocer la importancia de prevenirlos y tratarlos a tiempo. Esto se lograra mediante charlas dirigidas a los estudiantes y padres de familia de la Escuela Machala, Así como la entrega de una pancarta ilustrativa proporcionada por el autor de la investigación.

6.11. Beneficiarios.

Los beneficiarios serán los niños (as) de 7 a 11 años de la escuela Machala n° 30 del sector Estancia Vieja parroquia Colon.

6.12. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se necesitará la colaboración de la directora de la unidad educativa, para que, de forma ordenada se brinde la charla educativa a los padres y niños que aportaron a la investigación y se entregue la pancarta de ilustración a la unidad educativa.

6.13. Presupuesto de la propuesta.

| Rubros. | Cantidad. | Unidad de medida. | Costo unitario . | Costo total. |
|------------------------------|------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Pancarta. | 1 | Unidad. | 40.00 | 40.00 |
| Diseñador gráfico | 1 | Diseño. | 30.00 | 30.00 |
| Subtotal. | | | | 70.00 |
| Imprevistos 10% | | | | 7,00 |
| Total. | | | | 77,00 |

El proyecto tendrá un costo de \$77 dólares financiados por el autor de tesis.

6.14. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible porque los resultados que ofrece la investigación realizada indican la necesidad de tener conocimientos para prevenir los hábitos bucales los cuales dan problemas en futuros como lo son las mal posiciones dentales.

La propuesta es sustentable pues se contará con la ayuda de la directora, los padres de familia y los niños de la escuela Machala.

ANEXOS.

Anexo 1

Matriz de operacionalización de variables.

| VARIABLES | TIPO | ESCALAS | DESCRIPCION | INDICADORES |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Cualitativa dicotómica | Mal posiciones dentales | Presenta No presenta | Diastema Mordida cruzada unilateral Mordida cruzada bilateral Mordida cruzada anterior Mordida cruzada posterior Apiñamiento superior Apiñamiento inferior Vestibularización superior Vestibularización inferior Retroinclinacion superior Retroinclinacion inferior | Frecuencias y porcentajes |
| Cuantitativa continua | Grupos de edades | 7 a 11 años | Según años cumplidos hasta el momento del estudio. | Frecuencias y porcentajes |
| Cualitativa nominal | Sexo | Femenino Masculino | Según el Sexo biológico | Frecuencia y porcentajes |
| Cualitativa dicotómica | Hábitos | Presenta No presenta | <ul style="list-style-type: none"> • Succión digital • Succión del labio • Deglución atípica • Respiración bucal • Onicofagia • bruxismo | Frecuencias y porcentajes |

Nota: Cuadro correspondiente a la matriz de la operacionalización de la variable. Fuente: Investigación. Elaboración: Autor de esta tesis.

Anexo 2

Presupuesto.

| RUBROS | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
|----------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|--------------------|
| Fotocopias | 1500 | unidad | 0.02 | 30 |
| Guantes | 4 | Caja x 50 | 8 | 32 |
| Mascarilla | 4 | Caja x 50 | 4 | 16 |
| Espejos bucales | 10 | unidad | 1.50 | 15 |
| Campos descartables | 150 | unidad | 0,10 | 15 |
| Viáticos | 30 | dólares | 5 | 150 |
| Internet mes | 50 | horas | 1 | 50 |
| Subtotal | | | | 308 |
| Imprevistos 10% | | | | 30.8 |
| total | | | | \$338.8 |

Nota: Cuadro correspondiente al presupuesto del proyecto. Fuente: Investigación. Elaboración: Estudio de mercado.



FICHA DE OBSERVACIÓN

MAL POSICIONES DENTALES Y SU RELACION CON HABITOS BUCALES EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS EN LA ESCUELA MACHALA DEL SECTOR ESTANCIA VIEJA.

Edad:

Sexo: F M

CARACTERISTICAS

- DEDOS (CALLOSIDAD APLANADOS NORMAL)
- LABIO HIPERTONICO
- MARCA DEL DIENTE EN EL LABIO (SUPERIOR INFERIOR)
- ENROJECIMIENTO DEL LABIO (SUPERIOR INFERIOR)
- CARA LARGA Y ESTRECHA
- UÑAS MORDIDAS
- DIENTES ASTILLADOS
- DIASTEMA
- MORDIDA CRUZADA (UNILATERAL BILATERAL ANT POST)
- APIÑAMIENTO (SUPERIOR INFERIOR ANTERIOR POSTERIOR)
- VESTIBULARIZACION (SUP INF)
- RETROICLINACION (SUP INF)
- LABIO CORTO (SUP INF)
- LABIO GRUESO(SUP INF)
- IRRITACION DE ENCIA
- PROYECCION DE LA LENGUA AL DEGLUTIR

HABITOS

- SUCCION DIGITAL
- SUCCION DEL LABIO
- RESPIRACION BUCAL
- DEGLUCION ATIPICA
- ONICOFAGIA
- BRUXISMO
- NINGUNA

OBSERVACION: _____

Anexo 4

ENCUESTA



Por favor conteste las siguientes preguntas marcando con una X, las mismas que servirán para el trabajo de investigación sobre el tema: **MAL POSICIONES DENTALES Y SU RELACION CON HABITOS BUCALES EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS EN LA ESCUELA MACHALA DEL SECTOR ESTANCIA VIEJA.**

5.1. HA VISTO USTED SI SU NIÑO(A) PRESENTA ALGÚN HÁBITO BUCAL COMO:

| | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SUCCIÓN DIGITAL (chuparse el dedo) | <input type="checkbox"/> ONICOFAGIA (comerse las uñas) |
| <input type="checkbox"/> SUCCIÓN DEL LABIO (chuparse el labio) | <input type="checkbox"/> BRUXISMO (rechinar los dientes) |
| <input type="checkbox"/> DEGLUCIÓN ATÍPICA (sacar la lengua al tragar) | <input type="checkbox"/> OTROS |
| <input type="checkbox"/> RESPIRACIÓN BUCAL (respirar por la boca) | <input type="checkbox"/> NINGUNA DE LAS ANTERIORES |

5.2. ¿SU HIJO (A) RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME?

- SI
- NO

5.3. ¿HA OBSERVADO USTED A SU HIJO (A) SI TIENE PROBLEMAS AL RESPIRAR?

- SI
- NO

5.4. SU HIJO (A) CUANDO RESPIRA LO HACE CON LA BOCA ABIERTA?

- SI
- NO

5.5. ¿SU HIJO (A) PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

- RINITIS
- SINUSITIS
- ASMA
- NEUMONIA
- NINGUNA

5.6. ¿EN CASO DE QUE SU NIÑO(A) PRESENTE UN HÁBITO QUE MÉTODO HA BUSCADO PARA CORREGIRLO?

- TRATAMIENTO ORTOPÉDICO ODONTOLÓGICO
- TRATAMIENTO CASERO
- NINGUNA

Anexo 5



PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

YO, EDGAR FABRICIO SORNOZA HIDALGO, egresado de la Carrera de Odontología de la Universidad “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO” con la investigación a realizar sobre “MAL POSICIONES DENTALES Y SU RELACION CON LOS HABITOS BUCALES EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE LA ESCUELA MACHALA N° 30 DE SECTOR ESTANCIA VIEJA”.

Me dirijo a usted de la manera más cordial que me permita realizar el siguiente estudio, que constara con:

- Examen bucal de su hijo (a)
- Recolección de datos obtenidos
- Encuesta a los padres de familia

Todo aquello se realizara en la unidad educativa “ESCUELA MACHALA” de Estancia Vieja, con la autorización de las respectivas autoridades.

No se permitirá realizar ningún tipo de investigación a los estudiantes fuera de la escuela.

La colaboración será voluntaria, y su único fin es desarrollar un estudio de tesis previo a la obtención del título “Odontólogo”; es libre de aceptar o rechazar la participación en la investigación, los datos obtenidos serán confidenciales.

Atentamente:

Investigador

Edgar Fabricio Sornoza Hidalgo

Ci: 1312227034

Yo, _____ Representante De: _____, Permito Que Mi Hijo (A) Sea Parte Del Estudio Y Acepto Ser Parte Del Mismo También.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL REPRESENTANTE

Anexo 7

Fotografía tomada durante la recolección de datos.



Gráfico N° 19. Observación de la cavidad oral. Fuente: Autor de esta tesis.



Gráfico N° 20. Observación de la cavidad oral. Fuente: Autor de esta tesis.



Gráfico N° 21. Detallando la encuesta para los padres de familia. Fuente: Autor de esta tesis.



Gráfico N° 22. Detallando la encuesta para los padres de familia. Fuente: Autor de esta tesis.

Anexo 8

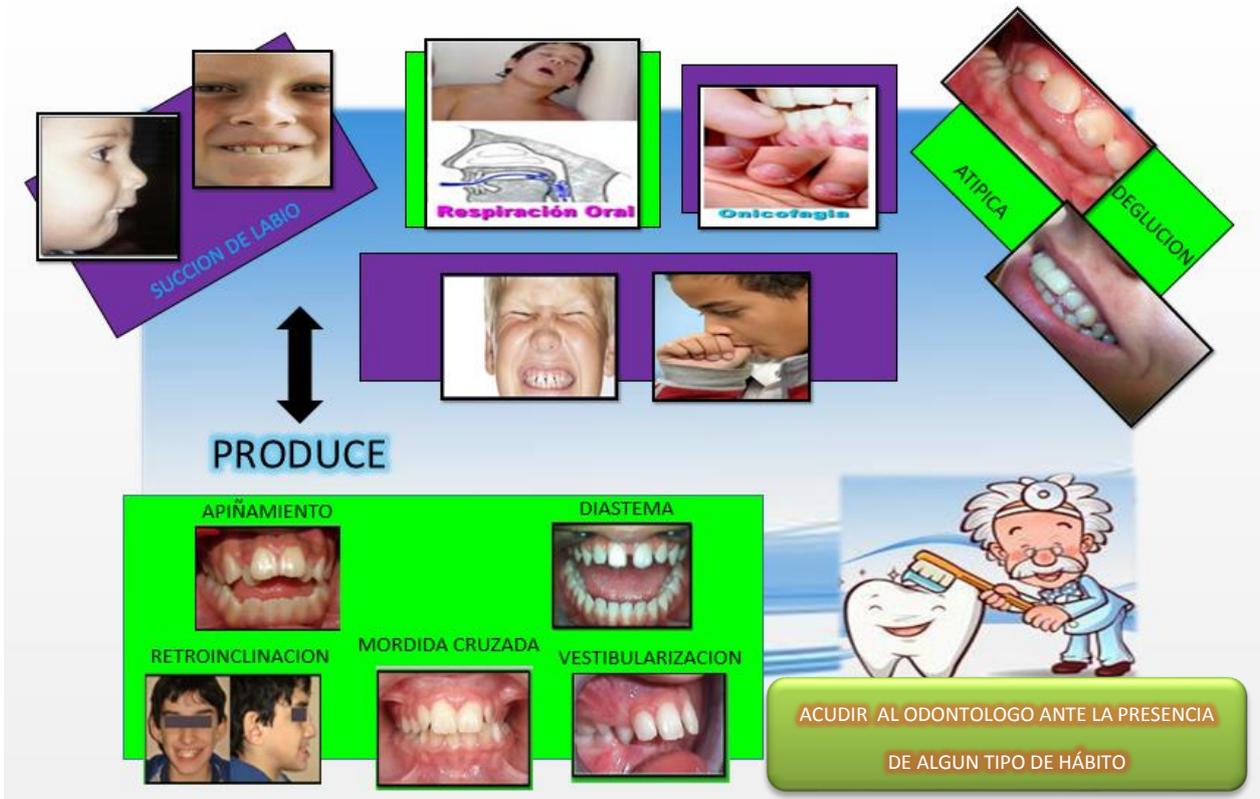


Grafico nº 23: Pancarta de prevención de hábitos y mal posiciones dentales

BIBLIOGRAFÍA.

Boj, R; Catalá, M; Mendoza, A; Planells, P y García-Ballesta, C. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano editorial médica.

Borrás, S; Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA31&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=MoFrVcygOLiAsQT804PgBA&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

Borrás, S; Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA31&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=MoFrVcygOLiAsQT804PgBA&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

Clínica Cuevas Queipo. Hábitos orales en Odontopediatría Deglución atípica, respiración oral y succión digital. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <http://www.clinicacuevasqueipo.com/noticias/publicacion%20coleg%20med4.pdf>

Clínica Cuevas Queipo. Hábitos orales en Odontopediatría Deglución atípica, respiración oral y succión digital. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014]

Disponible en:

<http://www.clinicacuevasqueipo.com/noticias/publicacion%20coleg%20med4.pdf>

Escrivan de Saturno, L. (2007). Ortodoncia en Dentición Mixta. República Bolivariana: Amolca.

Gómez, P. (2012). Prevalencia de hábitos bucales deformantes y su relación con la presencia de maloclusiones en niños escolares de 6 a 12 años de la Escuela Benjamín Carrión de la ciudad de Loja en el periodo Abril 2011 – Febrero 2012.

[En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6678>

Gómez, P. (2012). Prevalencia de hábitos bucales deformantes y su relación con la presencia de maloclusiones en niños escolares de 6 a 12 años de la Escuela Benjamín Carrión de la ciudad de Loja en el periodo Abril 2011 – Febrero 2012.

[En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6678>

Hurtado, C. (2012). Ortopedia maxilar integral. República de Colombia: Ecoe ediciones.

Macías, R; Quesada, L; Benítez, B; González, M. (2009). Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del área de salud masó. 2008. [En línea].

Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500011

Macías, R; Quesada, L; Benítez, B; González, M. (2009). Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del área de salud masó. 2008. [En línea].

Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500011

Manns, A; Biotti, J. (2006). Manual práctico de oclusión dentaria. República Bolivariana: Amolca.

Manzareno, M; Gurrola, B; López, H; Casas, A. (2011). Diastemas. [En línea].

Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=71012>

Martins, R; Guedes-Pinto, C y Bonecker, M. (2011). Fundamentos de la odontopediatra. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

McNeill, M. (2005). Fundamentos científicos y aplicaciones prácticas de la oclusión. Reino de España: Editorial Quintessence, S.L., Barcelona.

Nahás, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora. Singh, G. (2009). Ortodoncia, diagnósticos y tratamiento. República Bolivariana: Amolca.

Psicoglobalia. (2012). 8 consejos para que no se muerda las uñas. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <http://www.psicoglobalia.com/tag/onicofagia/>

Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. (2011). Inclinación de incisivos: cálculo de la cantidad de desplazamiento bucolingual y sus efectos en la longitud del arco dental. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000100009

Revista Habanera de Ciencias Médicas. (2009). Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del área de salud masó. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500011

Revista latinoamericana de ortodoncia y odonpediatria. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocusiones en niños con dentición primaria. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. (2013). Factores Etiológicos del Diastema de la línea media superior: Revisión de la literatura. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art36.asp>

Rodríguez, E. (2011). De la Impresión a la Activación en Ortodoncia y Ortopedia. República Bolivariana: Amolca.

Rodríguez, E; Casasa, R. (2005). Ortodoncia contemporánea diagnóstico y tratamiento. República Bolivariana: Almoca.

Saadia, M y Ahlin, j. (1999). Atlas de ortopedia dentofacial durante el crecimiento. Reino de España: Espaxs, S.A.

Salud bucal. (s.f.). Malos hábitos bucales. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: <http://ipssaludbucal.com/malos-habitos-bucales>

Stanley, N. (2010). Anatomía, fisiología y oclusión dental. Reino de España: Elsevier España, S.L.

Suarez, E; Salas, W; Villalobos, G; Villalobos, K; Quirós, O. (2012). Estudio de las Maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población Añu de la Escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>

Urrieta, E; López, I; Quirós, O; Farias, M; Rondón, S; Lerner, H. (2008). Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007. [En línea]. Consultado: [12, agosto, 2014] Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>