



UNIDAD ACADÉMICA DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“HÁBITOS PARAFUNCIONALES Y SU INCIDENCIA EN LA
MALOCLUSIÓN”**

AUTORA:

Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Marco Flores Ordóñez Mg. Sp

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

Dr. Marco Flores Ordóñez certifica que la tesis de investigación titulada “Hábitos parafuncionales y su incidencia en la maloclusión”, es trabajo original de la autora **Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Marco Flores Ordóñez
DIRECTOR DE LA TESIS



Unidad Académica de la Salud

Carrera de Odontología

**“HÁBITOS PARAFUNCIONALES Y SU INCIDENCIA EN LA
MALOCLUSIÓN”**

PROPUESTA EDUCATIVA

Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito
previo a la obtención del título de: **ODONTÓLOGO**

Dra. Ángela Murillo Almache Mg. SP
PRESIDENTA

Dr. Marco Flores Ordóñez Mg. SP
DIRECTOR DE TESIS

Dra. Patricia Bravo Cevallos
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Jorge Mendoza Robles
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Julia Morales Loor
**SECRETARIA ACADÉMICA DE LA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DEDICATORIA

De todo corazón es meritorio dedicarle este triunfo a cada una de las personas que estuvo ahí para apoyarme en toda mi vida estudiantil.

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida al darme los medios necesarios para terminar mi formación como estudiante y siendo un apoyo incondicional para lograrlo, ya que sin él no hubiera podido.

A mi madre Magdalena Elizabeth Chérrez Soza, que fue el pilar más importante y fundamental para que yo este escribiendo estas palabras, y que en toda mi formación estudiantil profesional ha hecho el esfuerzo más grande e ilimitado para que yo siga adelante y pueda ser una profesional de éxito.

A mi esposo Rodrigo David González Riofrío y a mi hija Pierina Fernanda González Cedeño por darme el tiempo para realizarme profesionalmente, a mi esposo por contribuir incondicionalmente a lograr mis metas y objetivos propuestos y darme la fuerza para poder conseguirlos. Son el complemento fundamental de mi vida.

A mi padre Ramón Fernando Cedeño Zambrano por brindarme los recursos necesarios, por apoyarme y creer en mí, estoy muy agradecida especialmente a mi mamá gracias.

A toda mi familia que siempre estuvo presta para apoyarme en todas las formas, especialmente gracias a mi tía Rosa María Chérrez Soza por su paciencia y preocupación hacia mí. Gracias por estar en los momentos que más los necesitaba.

A todos mis amigos que siempre me apoyaron, que estuvieron ahí para respaldarme y alentarme, a todos mil gracias...

AGRADECIMIENTO

La vida es un camino abierto, y por el cual vamos con gozo y esperanza, sin vanos temores; pues la fuerza de superación interior nos ayuda a vencer nuestras fatigas, haciéndonos renacer a cada instante. Me permito agradecer a quienes me brindaron su apoyo durante la realización de mi carrera.

Mi gratitud está dirigida principalmente a Dios por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de mi carrera.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo que me acogió en sus aulas para formarme como lo que hoy soy, una profesional de gran valor humanitario.

A los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación.

Pero muy en especial agradezco a mis familiares y amigos por su apoyo incondicional y desinteresado que me otorgaron durante el desarrollo académico, brindándome su comprensión, calidez, palabras llenas de esperanza y paciencia, alentándome en ciertos momentos difíciles, que me llenaron de fuerzas, para culminar con éxito este sueño anhelado.

INTRODUCCIÓN

La relativa influencia de la genética y los factores ambientales en la etiología de la maloclusión ha sido motivo de discusión, debate y controversia en la literatura ortodóncica, alternándose corrientes deterministas en el origen de la maloclusión con otras que subrayan la capacidad del medio ambiente y de los hábitos orales anómalos para alterar los tejidos blandos y a su vez influir en el desarrollo y crecimiento cráneo facial. Así como los hábitos de succión, incluso de corta duración, tienen una influencia directa sobre el desarrollo de la oclusión, provocando un efecto indirecto debido a un cambio en el patrón de la deglución. El período en el que la dentición temporal es remplazada por la definitiva, es también cuando la función de los músculos periorales se establece y es frecuente que los hábitos orales durante este período sean factores de maloclusión.

La presencia de un hábito oral puede tener o no, un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del niño. La valoración de estas conductas debe abarcar una evaluación completa del hábito en sí mismo y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud oral así como de la necesidad de instaurar un tratamiento precoz interceptivo que limite o corrija las repercusiones locales o generales de los hábitos perniciosos.

Los hábitos que se mantienen a causa de algún trastorno psicológico, son significativos y son más fáciles de erradicar que un hábito sin base. Los trastornos psicológicos pueden ser de naturaleza de la conducta adaptativa en la esfera de lo personal, social, en el campo de lo afectivo o de desarrollo emocional.

Este estudio pretendió relacionar, mediante un análisis multivariante, la presencia de distintos hábitos parafuncionales con la aparición de maloclusión. En la edad pediátrica donde estas partes se complementan entre sí y la afección de una de ellas repercute en las demás, marca el impacto de la prevención al priorizar lo importante sobre lo urgente. Esto responsabiliza a los profesionales de la salud a tener una visión completa e interdisciplinaria para garantizar la calidad de vida como proyecto futuro del niño.

El origen multicausal de las maloclusiones, así como su aparición desde edades tempranas en el desarrollo del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos, con el objetivo de disminuir su incidencia, como apoyo a la terapéutica psicológica conductual.

ANTECEDENTES

El Patronato Municipal del cantón Santa Ana fue creado en Mayo del año 2003; con el fin de prestar servicios a favor de los grupos sociales más vulnerables. El 17 de Abril del 2008 se inaugura el establecimiento del centro de rehabilitación física, médica y odontológica, con el aporte del CONADIS. Siendo un gran aporte para la comunidad, ya que desde su creación esta institución de ayuda y amparo social ha contado con áreas médicas para brindar beneficios a los habitantes de este cantón, los cuales muchas veces no cuentan con los recursos necesarios para una atención médica u odontológica privada.

Esto se llevó a fin, gracias a la colaboración de odontólogas voluntarias: entre las promotoras principales para este gran aporte está la Dra. Blanca Mendoza de Solórzano, para luego continuar con estudiantes de la Carrera de Odontología, que desde entonces han llegado a realizar pasantías de las Universidades de Manta y Portoviejo, dándose por concretado un convenio con dichas instituciones.

Esta institución no presenta indagaciones previas que sustenten el problema acerca de la concientización en prevención odontológica, servicios y programas de ortodoncia preventiva que beneficie a la población. Impulsándonos así, a estudiar el índice de maloclusiones por presencia de hábitos, y lo que puede afectar al infante en un futuro sino son tratadas a tiempo y así crear conciencia ante las autoridades encargadas de la salud y sobre todo a los padres de familia de la importancia de la prevención en

odontología, tomándose así las precauciones y recomendaciones necesarias.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	i
ANTECEDENTES	ii
CAPÍTULO I	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	3
CAPÍTULO II	4
2. Justificación	4
CAPÍTULO III	6
3. OBJETIVOS	6
3.1. Objetivo General	6
3.2. Objetivos Específicos	6
CAPÍTULO IV	7
4. Hipótesis	7
CAPÍTULO V	8
5. MARCO TEÓRICO	8
5.1. Marco Institucional	8
5.2. HÁBITOS PARAFUNCIONALES	9
5.2.1. Hábitos	9
5.2.2. Tipos de hábitos	14
5.2.2.1. Hábitos compulsivos	14
5.2.2.2. Hábitos no compulsivos	14
5.2.3. Clasificación etiológica de los hábitos	14
5.2.3.1. Instintivos	14
5.2.3.2. Placenteros	14
5.2.3.3. Defensivos	14
5.2.3.4. Hereditarios	14

5.2.3.5. Adquiridos	14
5.2.3.6. Imitativos	15
5.2.4. Clasificación de los hábitos según la forma de actuar.....	15
5.2.5. Factores que modifican la acción de un hábito	15
5.2.5.1. Duración	15
5.2.5.1.1. Infantil	15
5.2.5.1.2. Pre-escolar	15
5.2.5.1.3. Escolar	16
5.2.5.2. Frecuencia	16
5.2.5.3. Intensidad	16
5.2.5.3.1. Poco Intensa	16
5.2.5.3.2. Intensa	16
5.2.5.4. La Edad	16
5.2.6. Factores que contribuyen a la severidad del hábito	16
5.2.6.1. Hábitos significativos o no significativos	16
5.2.6.2. Cooperación del paciente para cesar el hábito	17
5.2.6.3. Duración del hábito	17
5.2.6.4. Sexo del paciente	17
5.2.6.5. Hábito presente en diversas circunstancias o practicado en una sola circunstancia.....	17
5.2.6.6. Consciente o inconsciente	18
5.2.6.7. Cooperación familiar	18
5.2.6.8. Tratamientos previos	18
5.2.7. Hábito de succión digital	18
5.2.7.1. Etiología del hábito	20
5.2.7.2. Efectos bucales del hábito	22
5.2.7.3. Control del hábito	24

5.2.7.4. Corrección del hábito	24
5.2.8. Hábito de succión del chupón	26
5.2.8.1. Posibles etiologías del hábito	27
5.2.8.2. Beneficios del chupón	27
5.2.8.3. Riesgos del uso del chupón	28
5.2.9. Hábito de deglución infantil o atípica	29
5.2.9.1. Etiología del hábito	31
5.2.9.2. Efectos bucales del hábito	32
5.2.9.3. Diagnóstico del hábito	32
5.2.9.4. Corrección del hábito	33
5.2.9.5. Terapéutica de la deglución atípica	34
5.2.9.5.1. Métodos funcionales	34
5.2.9.5.2. Métodos psicológicos	34
5.2.9.5.3. Métodos mecánicos	34
5.2.9.5.4. Métodos mixtos	34
5.2.10. Hábito de postura	34
5.2.10.1. Corrección del hábito	35
5.2.11. Hábito de respiración bucal	36
5.2.11.1. Etiología del hábito	39
5.2.11.2. Efectos bucofaciales y esqueléticos de un respirador bucal	40
5.2.11.3. Corrección del hábito	42
5.2.12. Hábito de interposición o succión labial	43
5.2.12.1. Hábito de succión del labio	43
5.2.12.2. Interposición labial o empuje lingual	44
5.2.12.2.1. Efectos bucofaciales de la interposición labial	45
5.2.12.2.2. Corrección del hábito	46
5.2.13. Hábito de onicofagia	46

5.2.13.1. Etiología del hábito	47
5.2.13.2. Efectos del hábito	48
5.2.13.3. Corrección del hábito	48
5.2.14. Opciones de tratamientos de erradicación de los hábitos	49
5.2.14.1. Tratamiento ortodóntico	49
5.2.14.1.1. Restrictores	49
5.2.14.1.2. Estimuladores	49
5.2.14.2. Tratamiento psicológico	50
5.3. MALOCLUSIÓN	52
5.3.1. Etiología de las maloclusiones	54
5.3.1.1. Causas heredadas	54
5.3.1.2. Causas adquiridas	54
5.3.1.3. Causas indirectas o predisponentes	55
5.3.1.4. Causales directas o determinantes	55
5.3.2. Factores generales	55
5.3.2.1. Influencia racial hereditaria	55
5.3.2.2. Tipo facial	55
5.3.2.3. Características morfológicas hereditarias y dentofaciales específicas.....	56
5.3.2.4. Defectos congénitos o de desarrollo	57
5.3.2.5. Medio ambiente	57
5.3.2.6. Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales	57
5.3.3. Factores locales	58
5.3.3.1. Anomalías de número dentario	58
5.3.3.2. Anomalías de tamaño dentario	58
5.3.3.3. Anomalías en la forma dentaria	58
5.3.3.4. Anomalías por defecto del desarrollo	58

5.3.3.5. Frenillo labial anormal	58
5.3.3.6. Pérdida prematura de dientes temporales o permanentes	58
5.3.3.7. Retención prolongada y reabsorción anormal de temporales	58
5.3.3.8. Erupción tardía de permanentes	58
5.3.3.9. Vía eruptiva anormal	59
5.3.3.10. Anquilosis	59
5.3.3.11. Caries dental	59
5.3.3.12. Obturaciones inadecuadas	59
5.3.4. Clasificación de maloclusión	59
5.3.4.1. Clasificación de Angle	59
5.3.4.1.1. Maloclusión clase I	60
5.3.4.1.1.1. Factores generales	61
5.3.4.1.1.2. Factores locales	61
5.3.4.1.2. Maloclusión clase II	63
5.3.4.1.2.1. División primaria	64
5.3.4.1.2.2. División secundaria	64
5.3.4.1.3. Maloclusión clase III	66
5.3.4.2. Clasificación de Lisher	66
5.3.4.2.1. Neutroclusión	67
5.3.4.2.2. Distoclusión	67
5.3.4.2.3. Mesioclusión	67
5.3.4.3. Clasificación etiopatogénica	68
5.3.4.3.1. Maloclusión dentaria	68
5.3.4.3.2. Maloclusión esquelética	68
5.3.4.3.3. Maloclusión muscular	68
5.3.4.4. Clasificación topográfica	68
5.3.4.4.1. Maloclusión transversal	68

5.3.4.4.2. Maloclusión vertical	68
5.3.4.4.3. Maloclusión sagital	68
5.3.4.5. Clasificación de acuerdo con la extensión de la anomalía	69
5.3.4.5.1. Maloclusión local	69
5.3.4.5.2. Maloclusión general	69
5.3.4.6. Clasificación británica	69
5.3.4.6.1. Relaciones sagitales	69
5.3.4.6.2. Relaciones incisales	69
5.3.4.6.2.1. Clase I	69
5.3.4.6.2.2. Clase II	69
5.3.4.6.2.3. Clase III	70
5.3.4.7. Clasificación de Carabelli	70
5.3.4.7.1. Mordex normalis	70
5.3.4.7.2. Mordex rectus	70
5.3.4.7.3. Mordex abertus	70
5.3.4.7.4. Mordex prorsus	70
5.3.4.7.5. Mordex retrorsus	70
5.3.4.7.6. Mordex tortusus	70
5.3.4.8. Secuelas desfavorables de la maloclusión	70
5.3.4.9. Tipos de maloclusiones asociadas a los hábitos bucales	71
5.3.4.9.1. Hiperplasia mandibular	72
5.3.4.9.2. Hipoplasia maxilar	73
5.3.4.9.3. Mordida cruzada	73
5.3.4.9.3.1. Mordida cruzada posterior bilateral	74
5.3.4.9.3.2. Mordida cruzada posterior unilateral	74
5.3.4.9.3.3. Mordida en tijera	75
5.3.4.9.4. Mordida abierta	75

5.3.4.9.5. Mordida profunda	75
5.3.4.9.6. Lavioversión y linguoversión	77
5.3.4.10. Perfil del paciente	78
5.3.4.11. Forma de los arcos	79
5.3.4.12. Simetría de los arcos	79
CAPÍTULO VI	80
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	80
6.1. MÉTODOS	80
6.1.1. Modalidad básica de la investigación	80
6.1.2. Nivel o tipo de investigación	80
6.2. TÉCNICAS	81
6.3. INSTRUMENTOS	81
6.4. RECURSOS	81
6.4.1. Recursos materiales	81
6.4.2. Talento humano	82
6.4.3. Recursos tecnológicos	82
6.4.4. Recursos económicos	82
6.5. POBLACIÓN	83
6.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	83
6.7. TIPO DE MUESTRA.....	83
CAPÍTULO VII	84
7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	84
7.1.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENCUESTAS	84
7.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN.....	103
7.2. CONCLUSIONES.....	115
BIBLIOGRAFÍA	

PROPUESTA

ANEXOS

ÍNDICE DE GRAFICUADROS
ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES
DE LA ESCUELA “SIMÓN BOLÍVAR”, ATENDIDOS EN EL PATRONATO
MUNICIPAL DEL CANTÓN SANTA ANA

Graficuario N°1	
1.- ¿Qué hábito presenta su hijo?	84
Graficuario N°2	
2.- ¿En qué momentos ha visto a su hijo realizar el hábito?	86
Graficuario N°3	
3.- ¿Con qué frecuencia realiza el hábito su hijo?	88
Graficuario N°4	
4.- ¿Cuánto dura su hijo realizando el hábito?	90
Graficuario N°5	
5.- ¿Con qué intensidad realiza el hábito su hijo?	92
Graficuario N°6	
6.- ¿Desde qué edad empezó el hábito su hijo?	94
Graficuario N°7	
7.- ¿Por qué cree usted que presenta o ha desarrollado el hábito su hijo?	96
Graficuario N°8	
8.- ¿Presenta su hijo alguna obstrucción funcional o anatómica que le dificulte la respiración?	98
Graficuario N°9	
9.- ¿Se ha dado cuenta si su hijo respira por la boca?	100
Graficuario N°10	
10.- ¿Se ha percatado si su hijo permanece con la boca abierta?	102
Graficuario N°11	
11.- ¿Ha visto si su hijo tiene los labios agrietados o resecos?	104

**FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA “SIMÓN BOLÍVAR”, ATENDIDOS EN EL PATRONATO MUNICIPAL
DEL CANTÓN SANTA ANA**

Graficuario N°1	
PERFIL DEL PACIENTE	106
Graficuario N°2	
HÁBITO	108
Graficuario N°3	
FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR SUPERIOR	110
Graficuario N°4	
FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR INFERIOR	112
Graficuario N°5	
MALOCLUSIÓN	114
Graficuario N°6	
TIPO DE MALOCLUSIÓN	116

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del problema

La presencia de hábitos parafuncionales en un paciente es un factor de riesgo para la maloclusión, porque rompe el equilibrio normal que debe existir en la boca. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal.

Las estadísticas a nivel mundial hablan de índices de mala oclusión en la sociedad actual. En los E.E.U.U. entre un 40% y 60% de los adolescentes presentan claros signos de maloclusión. En Chile estos porcentajes son parecidos presentando maloclusiones el 53% de los adolescentes de 12 años, los cuales son candidatos a tratamientos. Por consiguiente se puede decir que la maloclusión tiene características de epidemia en los tiempos modernos.

Latinoamérica no es la excepción, porque también tiene una situación preocupante, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población. La mayoría de los pacientes afectados, muestran evidencias de esta patología desde la infancia y se asocia de forma directa con la ausencia de lactancia materna, sustituida por la alimentación artificial con biberón o al uso de chupo de entretención.

Estadísticamente se ha demostrado que en Ecuador, en la ciudad de Quito, en la Universidad Central del Ecuador, se realizaron estudios que demuestran que una de las principales causas de maloclusión son los hábitos parafuncionales, siendo la edad más afectada en niños comprendida entre 1 a 12 años de edad, sobre todo en dentición mixta, ya que durante este período las irregularidades de maloclusión por malos hábitos son más frecuentes.

En Manabí existe una alta incidencia de maloclusiones acompañados de hábitos parafuncionales que se presentan con mayor frecuencia en niños de edades comprendidas de 2 a 10 años. Los hábitos bucales que con más frecuencia se encontraron fueron respiración bucal, seguido por succión del dedo pulgar hacia el paladar (succión digital) y onicofagia.

Siendo las alteraciones de la oclusión encontradas: mordida profunda, mordida abierta y apiñamiento. La alta prevalencia de hábitos bucales son condiciones que pueden iniciar, predisponer o agravar la maloclusión dentaria aunque no necesariamente estos sean el factor etiológico principal para su aparición.

1.2 Formulación del problema

Por lo expuesto el problema quedó planteado de la siguiente manera:

¿Cómo inciden los hábitos parafuncionales en la maloclusión de los niños atendidos en el Patronato Municipal del cantón Santa Ana?

Esta interrogante fue respondida mediante el procedimiento de la investigación científica.

CAPÍTULO II

2. Justificación

Las maloclusiones son un problema de salud pública que se presenta en todos los estratos sociales, sin importar la condición económica, cultural ni rango de edades. Cuando existe una alteración de la oclusión normal por hábitos parafuncionales en la infancia se presentan las maloclusiones dentales. Siendo este problema dental más relevante de lo que parece ser, ya que puede traer consigo diversas alteraciones en el área del lenguaje, musculatura, estética, ATM y principalmente dentarias y óseas.

La elevada prevalencia de maloclusiones que afecta hoy en día a la población desde edades muy tempranas por malos hábitos desde la infancia y la inexistencia de investigación, servicios y programas de ortodoncia preventiva que beneficie a la población, impulsa a estudiar el índice de maloclusiones por presencia de hábitos, y lo que puede afectar al infante en un futuro sino son tratadas a tiempo y así crear conciencia ante las autoridades encargadas de la salud y sobre todo a los padres de familia de la importancia de la prevención en odontología.

Por lo tanto, es esencial el conocimiento de los problemas que se presenten desde edades tempranas para que haya precaución y se tomen recomendaciones necesarias para que permitan preservar la dentición primaria en condiciones favorables, pues esto desempeña un importante papel para el desarrollo de la oclusión permanente, ya que es vital reducir significativamente esta alteración que está afectando la salud del hombre y

porque no su estilo de vida con la práctica de malos hábitos orales, los cuales inciden o influyen negativamente en el medio social, por lo tanto el impacto de esta investigación va a ser favorable para la sociedad.

A su vez significa un aporte para las diferentes especialidades como odontología preventiva, odontopediatría, ortodoncia, prostodoncia, operatoria dental, morfología, radiología, rehabilitación oral, entre otras.

Actualmente en el Patronato Municipal del cantón Santa Ana no hay registro de ningún documento del tema a investigar, por tal motivo esta investigación servirá como antecedente y base de futuras investigaciones.

Además, la presente investigación es viable, ya que cuenta con el aporte económico que le brinda la Municipalidad de Santa Ana, la cual se encuentra íntimamente ligada con el Patronato Municipal de este cantón, dándole siempre la debida importancia a la atención preventiva con calidad y calidez.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

La siguiente investigación se proyectó a cumplir con los siguientes objetivos:

3.1. Objetivo general

- Determinar la incidencia de los hábitos parafuncionales en las maloclusiones dentales en los niños de la Escuela “Simón Bolívar” atendidos en el Patronato Municipal de Santa Ana.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar los hábitos orales adquiridos por los niños para establecer su prevalencia.
- Determinar los tipos de maloclusión más frecuentes en la población escolar.
- Relacionar los hábitos parafuncionales con el tipo de maloclusión.
- Diseñar una propuesta de solución al problema encontrado.

CAPÍTULO IV

4. Hipótesis

¿La práctica de malos hábitos bucales incide significativamente en la presencia de maloclusión dental?

CAPITULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Marco Institucional

La Ilustre Municipalidad del cantón Santa Ana, en uso de las atribuciones que concede la Ley del Régimen Municipal, a través de una ordenanza, creó el Patronato Municipal de Amparo Social, el 6 de mayo del 2003, con el fin de prestar servicios a favor de los grupos sociales más vulnerables.

En sus inicios solo contaba con una computadora, su atención se enfocaba en las personas más vulnerables del cantón y sus parroquias, dando énfasis a la atención preventiva con calidad y calidez, ampliando las coberturas de atención en todos los niveles. El 17 de abril del 2008 se inaugura el establecimiento del centro de rehabilitación física, médica y odontológica, con el aporte del CONADIS.

El departamento de odontología empezó en el año 2006, con el aporte de la Dra. Blanca Solórzano de Mendoza (odontóloga voluntaria). Esta institución mantiene un convenio con la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manta, para realizar pasantías de rehabilitación física y con el CONADIS, de igual manera, se gestionó el convenio con la Universidad San Gregorio de Portoviejo para la realización del internado de estudiantes de la Facultad de Odontología; logrando aportaciones de instrumental a la institución.

5.2 HÁBITOS PARAFUNCIONALES

5.2.1 Hábitos

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente o definirse como la modificación de una función que se ha hecho permanente por repetición constante automática.¹

La parafunción son movimientos habituales (bruxismo, rechinar y balancear los dientes utilizándolos como herramientas), fuera de los movimientos normales relacionados con la masticación, el habla o los movimientos respiratorios que dan lugar a desgastes de las facetas y otros problemas asociados con traumas oclusales. También se denominan hábitos parafuncionales o hábitos orales.² Los hábitos son actividades repetitivas no funcionales ejercidas en la cavidad bucal.³

Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo, la acción del labio y la masticación correcta; otros pueden interferir con el patrón normal de crecimiento y desarrollo facial, los cuales son denominados hábitos perniciosos o deformantes, siendo relacionados como factores etiológicos del desencadenamiento de maloclusiones.

Los hábitos bucales (no fisiológicos) son uno de los principales factores etiológicos causante de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final de una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito; cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse.

¹FERRO, María Beatriz. Fundamentos de la Odontología (Periodoncia). Cap. 8. Pág. 223

²MOSBY, Diccionario de Odontología. España. Segunda Edición. Pág. 490

³ROMERA, María Amelia. Odontopediatría en atención primaria. Editorial Vértice. Pág. 116

Los hábitos bucales como la interposición lingual o deglución atípica, succión digital o uso del chupón, y la respiración bucal, pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodónticos al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras.⁴

Los hábitos son producto de las funciones normales, adquiridas o aprendidas, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación, etc., y otros que no responden a la satisfacción de ninguna necesidad biológica.⁵La historia de hábitos orales, nos puede explicar una maloclusión (distoclusión, mordida abierta, etc.) que ocurre con los hábitos de chuparse el dedo, generalmente el pulgar.⁶

El grado de las alteraciones producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, como así también de las características biotipológicas del paciente. Cuando los malos hábitos se prolongan en el tiempo, tanto en duración como en frecuencia de aparición, las maloclusiones van a ser difíciles de corregir.

La historia de hábitos orales, nos puede explicar una maloclusión (distoclusión, mordida abierta, etc.) que ocurre con los hábitos de chuparse el dedo, generalmente el pulgar. Un respirador bucal nos puede explicar alteraciones en el desarrollo del maxilar y la mandíbula, la interposición del labio o lengua provoca, en el primer caso, una vestibularización de los incisivos superiores y, en el segundo, puede causar una falta de contacto entre los dientes anteriores.

⁴<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

⁵ESCRIVÁN Luz. Ortodoncia en dentición mixta. Edición Amolca. 2007. Pág. 157

⁶ALBADALEJO, Alberto. Libro de prácticas Ortodoncia II. Primera Edición. Edición Salamanca. Pág. 11

Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años de edad, los problemas suelen corregirse espontáneamente.

Los hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional.⁷

Los niños con discapacidades, también presentan a veces hábitos orales inusuales, como protrusión de la lengua, que dan lugar a maloclusiones.⁸

Ahora bien, también es cierto que para la instauración de un hábito durante el crecimiento y desarrollo de un niño, existen factores que predisponen a la aparición o no de un hábito bucal, uno de ellos es el amamantamiento. La parte más sensitiva del bebé y en apariencia su mayor fuente de placer es la boca. Se cree que es objeto del instinto sexual en el cuerpo del bebé, al que observamos en actividades tales como llevarse cosas a la boca y chupar.⁹

La lactancia materna aporta al niño mucho más que una óptima alimentación, ya que contiene factores inmunológicos, células antiinflamatorias, factores de crecimiento, enzimas y hormonas, que complementan la capacidad de desarrollo del niño, también favorece la salud de la mujer, fortalece el vínculo madre e hijo y además, durante el amamantamiento (succión nutritiva) se produce la excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, lo cual influye en su crecimiento y desarrollo.

⁷<http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosoral58.htm>

⁸CAMERON, Angus. Manual de Odontología Pediátrica. Tercera Edición. España. Pág. 327

⁹WIENER, Jerry. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Editorial Masson. Pág. 31. Cap. 2

Sin embargo en la lactancia artificial (uso del biberón), el lactante no cierra los labios con tanta fuerza, la acción de la lengua se ve afectada para regular el flujo excesivo de leche y todo esto trae como consecuencia una menor excitación a nivel de la musculatura bucal y no favorecerá el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático, lo cual favorecería además, la adquisición de hábitos de succión no nutritiva como son: la succión del dedo pulgar y otros dedos, la succión del chupón, la succión labial y la succión de otros objetos; la presencia de algunos de estos hábitos podría alterar la oclusión en etapas posteriores del desarrollo del niño.

Las consecuencias que tiene la falta de amamantamiento en los niños, es que va a conllevar a una serie de situaciones como la succión y deglución inadecuadas que influyen en el desarrollo del sistema estomatognático del recién nacido causando alteraciones en la oclusión.¹⁰

Los hábitos pueden ser de dos tipos: útiles o dañinos; los primeros son aquellos que son producto de las funciones normales, adquiridas o aprendidas, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación, etc. Se consideran entre los segundos aquellos que no responden a la satisfacción de ninguna necesidad biológica, son perversión de esas funciones y pueden llegar a ser nocivos a la integridad de todo el sistema estomatognático: dientes, estructuras de soporte, lengua, labios, ATM, etc.¹¹

Los hábitos como el bruxismo, rechinar, empujar con la lengua y morderse labios y mejillas pueden lesionar los dientes, el aparato de sujeción, la mucosa oral, la musculatura masticatoria y la articulación temporomandibular. Hábitos orales como la masticación prolongada de goma de mascar o el mantenimiento persistente de la lengua entre los incisivos pueden provocar tensión en la ATM y dolor.¹²

¹⁰RODRÍGUEZ, Esequiel. 1.001 Tips en Ortodoncia y sus secretos. Primera Edición. Editorial Amolca. Cap. 8. Pág. 272

¹¹ESCRIVÁN, Luz D'. Ortodoncia en dentición mixta. Editorial Amolca. Pág. 373

¹²TAYLOR, Robert. Medicina de Familia "Principios y prácticas". Sexta Edición. Editorial Masson. Pág., 671. Cap. 73.

La expresión hábitos negativos comprende múltiples disfunciones orofaciales que, pueden tener un carácter tanto pasivo como agresivo: chupado de dedos de la mano o pie u objetos, succión, disfunción de la lengua, respiración bucal, musculatura hipotónica perioral y lingual, mordida. Desde el punto de vista etiológico existen alteraciones orgánicas, de desarrollo o psicossomáticas que en diferente medida pueden ser puntos de partida para el desarrollo de un hábito.

Entre los hábitos, más generadores de culpa que surgen en el primer año de vida son las fijaciones orales, conocidas también como biberones, chupos y dedos pulgares. Todos ellos tuvieron una finalidad al principio. Todos ellos pueden ser difíciles o hasta importantes de eliminar cuando llegue el momento.¹³

Se han considerado cinco categorías de actividades parafuncionales:

1. Motivadas psíquicamente, como puede ser el bruxismo.
2. Motivadas por tensión, son observadas en determinados trabajos o actividades deportivas.
3. Habitual, relacionada con la profesión u oficio.
4. Endógenas, provenientes de enfermedades sistémicas, tales como epilepsia, tétanos, meningitis y otras infecciones.
5. Compensación excesiva, involuntaria, inconsciente y exagerada, lo que representa reacciones a las interferencias oclusales y otros trastornos diversos. Todas estas categorías pueden confundirse y tener un componente psíquico común.

¹³BORT, Julie. Mamá culpable. Aprenda a preocuparse menos, concéntrese en lo más importante y críe hijos más felices. Editorial Norma. Pág. 65

5.2.2 Tipos de hábitos

- 5.2.2.1. **Hábitos compulsivos:** son aquellos que adquieren una fijación tal en el niño, que son parte de la forma de manifestar su seguridad contra el medio adverso que les rodea y corresponde a una necesidad emocional profundamente arraigada.
- 5.2.2.2. **Hábitos no compulsivos:** corresponden a una modificación de la conducta, que suele ser pasajera y se adquieren y abandonan fácilmente al madurar psicológicamente.

5.2.3. Clasificación etiológica de los hábitos

- 5.2.3.1. **Instintivos:** Como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.
- 5.2.3.2. **Placenteros:** Algunos hábitos se tornan placenteros, tal como en algunos casos de succión digital o del chupón.
- 5.2.3.3. **Defensivos:** En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc., en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo.
- 5.2.3.4. **Hereditarios:** Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario, pueden acarrear de por sí un hábito relacionado a dicha malformación, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.
- 5.2.3.5. **Adquiridos:** La fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendidos, aún después de intervenidos quirúrgicamente, primordialmente las conocidas como golpe glótico para los

fonemas K, G, J y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la CH.

5.2.3.6. Imitativos: La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas, etc., son claros ejemplos de actitudes imitativas.

5.2.4. Clasificación de los hábitos según la forma de actuar

- **Deformación por succión:** dedos, chupete, lengua, mejilla, labios.
- **Deformaciones por morder:** uñas (onicofagia), lápices.
- **Deformaciones por deglutir incorrectamente:** deglución infantil, con interposición lingual al deglutir.
- **Deformaciones por interposición muscular simple:** labios, mejillas.
- **Deformaciones por presión activa intrabucal:** lengua.
- **Deformaciones posturales, por presión exterior:** dormir, estudiar.
- **Deformaciones profesionales:** cristaleros, músicos (instrumentos de viento, violín).
- **Hábitos masoquistas.**
- **Bruxismo.**¹⁴

5.2.2. Factores que modifican la acción de un hábito

5.2.4.1. Duración: Por su duración pueden ser clasificados en:

5.2.4.1.1. Infantil (hasta 2 años), en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en líneas generales no tiene efectos dañinos.

5.2.4.1.2. Pre-escolar (2 a 5 años), si la succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición; si es continuo o intenso puede producir malposiciones en los dientes primarios; si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad.

¹⁴ ROMERA, Amelia. Odontopediatría en atención primaria. Editorial Vértice. Tema 20. Pág. 398.

5.2.4.1.3. Escolar (6 a 12 años), requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueléticas.

5.2.4.2. Frecuencia: Pueden ser intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos). Hay niños que succionan a cualquier hora del día, y otros que sólo en la noche o para dormirse.

5.2.4.3. Intensidad:

5.2.4.3.1. Poco intensa: Cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente de los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo sino distraídamente la punta del dedo.

5.2.4.3.2. Intensa: Cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

5.2.4.4. La edad en que este se inicia, de tal forma que mientras más antes comience este mal hábito, mayor será el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.

5.2.5. Factores que contribuyen a la severidad del hábito

5.2.5.1. Hábitos significativos o no significativos

Los hábitos que se mantienen a causa de algún trastorno psicológico, son significativos y son más fáciles de erradicar que un hábito sin base. Los trastornos psicológicos pueden ser de naturaleza de la conducta adaptativa en la esfera de lo personal, social, en el campo de lo afectivo o de desarrollo emocional.

5.2.5.2. Cooperación del paciente para cesar el hábito

El éxito depende de la colaboración del niño, los no colaboradores, requieren una forma más activa de intervención.

5.2.5.3. Duración del hábito

Cuanto mayor sea el niño, más fácil será de tratar el hábito. La disminución de la prevalencia con la edad se debe al aumento de factores que promueven su interrupción, como son: la autoestima, posición social, otros intereses, actividades, etc. Si los hábitos persisten a pesar de todo esto, existe una fuerza que actúa sobre el éxito del tratamiento.

5.2.5.4. Sexo del paciente

Se suele considerar que estos hábitos son más severos en niñas que en niños.

5.2.5.5. Hábito presente en diversas circunstancias o hábito practicado en una sola circunstancia

El hábito es generalizado cuando ocurre en varios horarios, en muchas circunstancias en diferentes lugares (casas, colegios). El localizado cuando se ejerce en determinado lugar o circunstancia (antes de dormir). El primero es más fácil de interrumpir.

5.2.5.6. Consciente o inconsciente

Un hábito durante el sueño o inconsciente durante el día, es un comportamiento que puede bloquearse atenuando el componente sensorio.

Un hábito consciente compromete elección o necesidad, haciendo el tratamiento más difícil y complejo.

5.2.5.7. Cooperación familiar

La cooperación familiar disminuye las dificultades de tratamiento, obteniendo mejores resultados.

5.2.5.8. Tratamientos previos

Intentos fracasados previamente, especialmente aquellos de naturaleza negativa o asociada a castigo, influyen negativamente en nuevos intentos que han de ser claramente replanteados y promovidos.

5.2.6. Hábito de succión digital

La supervivencia del recién nacido depende de una succión oral instintiva, que permite una satisfacción nutricional y le proporciona una sensación de bienestar y seguridad, ya que le sirve de intercambio con el mundo exterior. Las alteraciones a nivel orgánico pueden ser deformidades de los dedos que se succionan y además puede repercutir en la posición de los dientes, en la forma de las arcadas y como consecuencia sobre las relaciones intermaxilares, pudiendo dar lugar todo ello a alteraciones en la masticación, el habla y la estética del niño.

Este hábito oral es frecuente en niños de edad pre-escolar. La succión de los dedos en forma prolongada, persistente o vigorosa durante el período de la dentición de transición puede causar maloclusiones por desplazamiento dental.¹⁵

¹⁵MOSBY. Diccionario de Odontología. Segunda Edición. España. Pág. 309

Esto puede dar lugar a una mordida abierta anterior, más pronunciada en el lado donde se succiona el dedo, y también a un paladar estrecho por la presión del músculo buccinador (mejillas).¹⁶

A nivel social la succión digital puede interferir en la relación del niño, ya que a veces puede ser motivo de crítica, rechazo o incluso de castigo. Los efectos de la succión digital van a estar en función de la duración del hábito, ya que si se elimina antes de los tres años los efectos son mínimos y desaparecen espontáneamente. También dependen de la frecuencia con la que el niño se chupa el dedo, de la intensidad del hábito y de la posición del dedo.

Durante los seis primeros meses de vida, la succión digital es una actividad preponderante; de los cuatro a los diez meses de edad, la boca y los labios están comprometidos en la exploración ambiental, cediendo esta función a las manos, en forma progresiva de ahí en adelante.

Chuparse el dedo puede considerarse normal hasta los 3 años; más allá de esa edad pueda conllevar problemas de maloclusión.¹⁷

De igual manera, los traumatismos que el hábito ocasiona en las mucosas labiales hacen que la recurrencia de enfermedades tales como herpes, labios cortados, aftas, entre otras, sean más frecuentes en estos pacientes.¹⁸

¹⁶http://www.saludalia.com/saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_habitos_dientes1

¹⁷ GARCÍA, Ana. No quiero lavarme los dientes. "La salud de nuestros hijos". Ediciones Ceac. 2007. España – Barcelona. Pág. 127

¹⁸<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art1.asp>

Las repercusiones de los hábitos de succión sobre el desarrollo transversal del maxilar superior tienen similar patogenia que el hábito lingual, ya que derivan de una posición baja de la lengua y una hiperactividad de los músculos buccinadores asociados a una disminución de la presión intraoral del aire durante el periodo de deglución.¹⁹

5.2.6.1. Etiología del hábito

Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico; al no fatigar al bebé impide su adormecimiento por cansancio y no agota todo su instinto natural de succión. Los hábitos de succión tardíos son el resultado de frustraciones psicológicas debida a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro. La succión no nutritiva puede surgir como una manifestación de otras psicopatologías subyacentes, o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento. Así, algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia.

¹⁹http://mural.uv.es/carloga2/trabajo_texto.html

La succión de los dedos se presenta en momentos de depresión, aburrimiento o de cansancio, ya que genera tranquilidad e induce al sueño.²⁰

La presencia del hábito disminuye con la edad y un alto porcentaje de niños lo abandonan alrededor de los 3 a 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológico, fonoaudiológico u odontológico.

Se ha observado también que el estrés es un estímulo fuerte en el desarrollo del hábito de succión de dedo. Es probable que éste sea una de las causas de su alta frecuencia, considerando que los niños hoy en día son sometidos a estrés desde temprana edad.

Existe también la teoría psicoanalítica Freudiana en donde afirma que el niño pasa distintas fases en su desarrollo mental, y para que éste sea satisfactorio, el hábito de succión tiene que ser satisfactorio durante la fase oral. Si persiste en la siguiente fase del desarrollo emocional, se produce la “fijación” del hábito.

Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua, que deja de ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.

²⁰<http://simef.univalle.edu.co/colombiamed/VOL32NO3/rejilla.htm>

5.2.6.2. Efectos bucales del hábito

No todos los que practican una succión anormal presentan necesariamente los arcos deformados y los dientes en maloclusión. Esto dependerá de la posición que ocupan los dedos utilizados, de la duración, intensidad y la frecuencia de repetición de éste hábito, del patrón dentofacial y oclusal inicial, del dedo que es introducido a la boca y la palanca que este ejerce y finalmente, del tipo de tejido óseo sobre el cual actúa.

La duración de hábito es importante y si el hábito se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua.

La intensidad del hábito es otro factor que hay que analizar. Hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral. La posición del dedo también influye, siendo más nociva la superficie dorsal del dedo que descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca y por último, el patrón morfo-genético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito.

Si el niño presenta un patrón de crecimiento mandibular vertical, tenderá a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravara

dicha tendencia.²¹ De los factores antes mencionados la duración presenta la función más crítica en los movimientos dentales, una duración de 4 a 6 horas al día origina movimientos dentales importantes. Es importante mencionar que la mayoría de los intentos por erradicar esta conducta mediante regaños, palabras fuertes, castigos o cualquier otra conducta agresiva sobre el niño que presenta este hábito, han sido contraproducentes porque lejos de eliminarlo, se ha reforzado esta conducta haciéndola más marcada y frecuente.

No debemos confundir hábitos de succión anormal con una fase normal del desarrollo del niño o fase bucal, cuando su mejor percepción y tacto se encuentra en la boca. Si el niño tiene realmente el hábito de succión, es porque tiene necesidad psicoemocional de practicarlo, por lo menos emocionalmente. Los niños tienen hábitos bucales estrechamente vinculados a su estado emocional y lo practican en los momentos de angustia y ansiedad. La succión prolongada del dedo puede conllevar a dificultades emocionales en el infante, ya que suele generar síntomas de frustración en el niño que quiere dejar el hábito y no puede; esto retarda su madurez emocional y le crea dificultades para obtener satisfacción de actividades propias de su edad, por tal motivo se aísla y se vuelve introvertido.

²¹<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

5.2.6.3. Control del hábito

La mayoría de los clínicos está de acuerdo en que deben ser erradicados tempranamente, primero, mediante la persuasión o la modificación de conducta y que los aparatos fijos para su control deben ser pospuestos hasta que erupcionen los incisivos, a los 5 o 7 años de edad. Su manejo temprano puede conducir a la autocorrección del problema; si no fuera así, deberá procederse a su control por otros medios.²²

5.2.6.4. Corrección del hábito

Si se quiere eliminar el hábito es preciso tener mucho cuidado, una interferencia abrupta, puede provocar la aparición de tendencias antisociales, mucho más difícil de convivir con ellas que el propio hábito. Por tal motivo, queda evidentemente clara la importancia de la formación psicológica en el odontólogo para poder detectar el problema y pueda referirlo al especialista para su adecuado tratamiento o para el complemento de su terapia odontológica.

El análisis completo de los factores relacionados con el hábito y de los efectos observados a nivel bucodental, junto con la valoración psicológica del paciente respecto a la existencia de disturbios psicológicos, colaboración del paciente, consciencia/inconsciencia del hábito y la cooperación de los padres, nos darán las pautas del momento ideal de actuación para la interrupción del hábito.²³

La simple colocación de una placa de Hawley, impedirá el contacto del dedo con el paladar, perdiendo así el placer de succión y, de forma gradual el niño

²²ESCRIVAN, Luz D'. Ortodoncia en dentición mixta. Editorial Amolca. Pág. 298.

²³<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

eliminará el hábito. Puede incluirse en esta placa una rejilla que servirá solamente como recordatorio, pero el niño deberá conocer la función del aparato.

Es preciso tener presente que la maloclusión puede corregirse en cualquier época, mientras que un problema psicológico serio, puede persistir toda la vida, con secuelas mucho más graves que la propia maloclusión.

La decisión de interferir con un hábito de succión no nutritiva en la dentición primaria, debe basarse en los factores siguientes:

1. Si el hábito digital se vincula con una maloclusión de clase II en desarrollo, la maloclusión esquelética en general empeora mientras el hábito continúa.
2. Si el niño está desarrollando una maloclusión clase III o es prognático, se piensa que los hábitos digitales son menos perjudiciales e incluso pueden ser beneficiosos para el desarrollo dental.
3. Las mordidas abiertas anteriores secundarias al hábito digital por lo regular no necesitan ser tratadas, porque en general hay corrección espontánea después de abandonar el hábito, sobre todo si esta cesa antes de los 3 años de edad.
4. La actitud del niño en todos los casos es importante para el infante que se involucre en la toma de decisiones, para que este no considere la intervención como un castigo.

5.2.7. Hábito de succión del chupón

La succión es una de las primeras manifestaciones de actividad fisiológica que se desarrolla en el ser humano, ya que se corresponde con una necesidad básica del organismo como es la alimentación. El niño recién nacido se alimenta por succión, pero en los períodos interalimentarios también succiona, interponiendo entre las encías algún objeto como puede ser el chupón, un dedo, el labio inferior o un juguete.

Esta succión no nutritiva de dedos, juguetes, chupón, labio u otros objetos no relacionados con la ingesta de nutrientes, se considera una actividad normal en el desarrollo fetal y neonatal, que además les da calma y reconforta. El uso del chupón como objeto reconfortante en la primera infancia constituye una práctica ampliamente extendida, pero también, su uso continuado durante la dentición temporal se encuentra asociado en la mayoría de los casos, a un incremento en la prevalencia de la mordida cruzada posterior y a la mordida abierta anterior.

Además crea costumbres nocivas como el mal agarre del pezón, porque el niño se acostumbra al sistema del chupón de látex, no generando estímulos neuromusculares adecuados de la matriz funcional del sistema estomatognático y predispone a la fijación de hábitos orales.

El niño requiere de él, cuando se ve amenazada su seguridad en su medio ambiente y no puede soportar las presiones emocionales. El biberón suele utilizarse como chupete para conseguir que el niño se duerma.²⁴

²⁴(CAMERON, Angus. Pág. 327. Cap. 10)

5.2.7.1. Posibles etiologías del hábito

- Patrones de alimentación demasiado rápidos, insuficiente alimento en cada toma.
- Tensión en el momento de la alimentación por biberón.
- Falta de amor y ternura maternal.

5.2.7.2. Beneficios del chupón

Entre sus beneficios está su efecto tranquilizante en los niños, pero se recomienda no usarlo cada vez que el niño llore, porque el llanto puede ser una forma normal de comunicación. Con respecto a cuál es mejor tranquilizante, el pulgar o el chupón, se describe que el pulgar se asocia con un número mayor de deformaciones dentales, aunque algunos autores dicen que no hay mucha diferencia y que el pulgar causaría menos contaminación; pero tiene el inconveniente que no permite eliminarlo.

Otro beneficio es que estimula la maduración del reflejo de succión en los prematuros, sobre todo en niños sometidos a un régimen de alimentación por sondas nasogástricas, lo cual facilita una transición más rápida a la alimentación oral, disminuyendo así el tiempo de estadía hospitalaria.

También se ha descrito que el chupón se ha asociado con menor incidencia del síndrome de muerte súbita, lo que se atribuye a que evitaría la obstrucción de las vías aéreas, al impedir la caída de la lengua hacia atrás. Además evitaría ciertas posiciones, lo que también disminuiría la frecuencia de este síndrome, aunque no existen asociaciones entre el uso del chupón y

la posición al dormir. En resumen, aunque existen evidencias a favor, aún no es posible recomendarlo.

5.2.7.3. Riesgos del uso del chupón

Respecto a los riesgos, el chupón disminuiría la duración de la lactancia materna, lo que explica porque el recién nacido sufriría una “confusión del pezón”, debido a que el patrón de succión del chupón es distinto e interfiere con la adquisición de la técnica necesaria para la lactancia. Los niños con confusión del pezón van a estimularlo durante menos tiempo y succionarán menos veces, por tanto se producirá menos prolactina.

Otro riesgo son la maloclusiones, la más frecuente es la mordida abierta anterior, que cede cuando se abandona el hábito precozmente. La más grave, aunque menos frecuente es la mordida cruzada posterior, que repercute en el crecimiento craneofacial del niño. Se ha correlacionado de manera muy significativa el uso del chupón y la mordida cruzada posterior, sobre todo cuando el hábito se prolonga más allá de los 36 meses.

Se considera que tal relación se debe a que la posición bucal del chupón conlleva un desplazamiento de la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos orbiculares y buccinadores. Estos cambios provocan un aumento de la distancia transversal mandibular y una disminución de la distancia transversal maxilar. Los niños que presentan este hábito, sufren una alteración de la flora bacteriana, una hipertrofia del sistema linfático por tal motivo suelen presentar una respiración bucal, lo cual también influye en el desarrollo de las maloclusiones.

También se describe la presencia de úlceras orales, específicamente del tercio posterior del paladar (Afta de Bednar), que se deben a un efecto traumático producido por el uso intenso de los chupones de tipo no ortodóntico. Además, se han descrito accidentes por el borde cortante del chupón, con producción de heridas con la forma característica de este implemento, y existe riesgo de aspiración por los chupones de fabricación artesanal, en casa y hospital.

El uso del chupón puede promover la aparición del síndrome del biberón (caries múltiples en la dentición temporal), debido a la utilización prolongada del mismo impregnado de productos azucarados. Por último se debe sospechar que en el chupón existe *Cándida* cuando fracasa el tratamiento de la candidiasis oral.

El chupón seguro, es de una sola pieza, con escudo grande de 4.4cm rígido o semirrígido, pero lo suficientemente flexible para no provocar traumatismos. Debe estar provisto de orificios antiahogo, un anillo para tomarlo con facilidad y una cadena con broche de seguridad, para evitar que se caiga. Hay que limpiarlo cada vez que el niño termine de usarlo y cuando se caiga al suelo, pero no se debe introducir en azúcar ni en cloro, ni deben chuparlo los adultos; hay que cambiarlo cada vez que se deteriore.

5.2.8. Hábito de deglución infantil o atípica

La deglución atípica conlleva una interposición de la lengua para estabilizar la mandíbula y producir el sellado de la cavidad oral; para algunos autores, la falta de presión lingual y la fuerte presión de los bucinadores en este tipo de deglución contribuye a una falta de desarrollo transversal del maxilar

superior. La deglución infantil típica del niño antes de la erupción dentaria, se caracteriza porque los maxilares se separan, la lengua se interpone entre los rebordes gingivales y la mandíbula se fija y se proyecta hacia delante, de tal forma que la lengua puede presionar el pezón contra la arcada dentaria superior durante el amamantamiento. En este punto la deglución está controlada por el contacto de los labios, la lengua y la musculatura perioral.

Luego de la erupción dentaria se produce un cambio en el patrón de la deglución, en donde la punta de la lengua se coloca en el paladar, las arcadas dentarias hacen contacto entre sí y no se produce una contracción labial. El patrón típico de la deglución del adulto suele desarrollarse alrededor de los 5 años.

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

Aunque muchos autores apoyan esta teoría, persisten ciertas controversias en cuanto a la dirección de la flecha causa-efecto en la relación deglución infantil-mordida abierta anterior, lo que justifica ciertos abordajes terapéuticos, como son, el eliminar la causa de la mordida abierta y cerrarla si es preciso, esperando que de forma automática se produzca la corrección de la deglución anormal o reeducar primero la postura de la lengua, como condición imprescindible para cerrar una mordida abierta.

5.2.8.1. Etiología del hábito

Entre los factores etiológicos que favorecen la instauración de este hábito podemos nombrar:

1. La alimentación artificial por medio del biberón.
2. Amígdalas inflamadas: amigdalitis constantes hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia adelante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.
3. Desequilibrio del control nervioso: por lo general son niños, que por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora, en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.
4. Macroglosia. Son pocos frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de cretinismo.
5. Anquiloglosia. Lengua anquilosada que no puede realizar correctamente los movimientos de la deglución.
6. Pérdida temprana de los dientes temporales anteriores y presencia de un diastema interincisal grande, hacen que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.
7. Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, etc.

Existen estados de transición entre la dentición primaria y mixta, en los que debido a la pérdida del grupo incisivo se produce un espacio que permite temporalmente la interposición lingual. Tienen una duración muy breve, no producen efectos adversos y no requieren tratamiento.

5.2.8.2. Efectos bucales del hábito

- Protrusión de dientes anterosuperiores y aparición de diastemas.
- Labio superior hipotónico e inferior hipertónico
- Hipertonicidad de la borla de mentón
- Hiperactividad de los músculos de la masticación
- Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar
- Incompetencia labial
- Problemas fonéticos
- Mordida abierta anterior
- Mordida abierta anterior simétrica

Estas anomalías no se manifiestan cefalométricamente a nivel esquelético, por tal motivo el diagnóstico diferencial con las mordidas abiertas esqueléticas es sumamente sencillo.

5.2.8.3. Diagnóstico del hábito

Para diagnosticar una deglución atípica, deben observarse algunos aspectos en el paciente durante el acto de deglución, tales como: deglución atípica de la lengua, falta de contracción de los maseteros, soplo en lugar de succión, tamaño y tonicidad de la lengua, babeo nocturno, dificultad al ingerir alimentos sólidos, alteración en la fonación o acumular saliva al hablar.

5.2.8.4. Corrección del hábito

El tratamiento de elección para la deglución atípica está representado por la terapia miofuncional, que consiste en una serie de ejercicios que tiene el

objetivo de eliminar los esquemas de deglución atípicos y fijar esquemas neuromusculares, enfocados en el establecimiento de un patrón de deglución fisiológico normal, rehabilitándose por lo tanto, no sólo los músculos de la lengua, sino también de los labios, de las mejillas y del velo palatino.

Para educar el hábito se ha empleado con éxito el uso de una pastilla sin azúcares, en donde se le indica al niño que mantenga la pastilla con la punta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelva. Mientras mantiene así la pastilla, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir. Después que el paciente adiestró su lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, se puede construir un arco lingual inferior con una rejilla o una placa Hawley con una rejilla para que recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglución.

Entre los dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional tenemos: los restrictores y estimuladores.

5.2.8.5. Terapéutica de la deglución atípica

5.2.8.5.1. Métodos funcionales: realizados habitualmente por el fonoaudiólogo, con el propósito de educar la musculatura que intervine en la deglución.

5.2.8.5.2. Métodos psicológicos: aplicados por psicólogos por medio de acondicionamiento e hipnosis.

5.2.8.5.3. Métodos mecánicos: ejecutados por ortodoncistas mediante aparatos, que buscan impedir u orientar la posición de la lengua

durante la deglución. Algunos también actúan sobre la posición labial y músculos del mentón, activando o liberando su actividad.

5.2.8.5.4. Métodos mixtos: son los más indicados, porque integran los aparatos con ejercicios mioterapéuticos específicos.

5.2.9. Hábito de postura

Los arcos dentales también pueden sufrir deformaciones causadas por las presiones anormales de postura al dormir o sentarse, siendo el más frecuente el hábito de dormir con el rostro apoyado sobre la mano, sobre el antebrazo o el uso de almohadas. El tipo de maloclusión ocasionado por éste hábito es generalmente unilateral y localizado en el arco superior.

La postura de la cabeza se encuentra influida principalmente por la fuerza de gravedad, no obstante, las demandas fisiológicas de la respiración, la vista, el equilibrio y el oído también deben de afectar la situación del cráneo. Recientemente, una tendencia en investigación se ha centrado en el posible papel de los factores extrínsecos que pueden afectar la postura del cráneo de tal manera que podría asociarse con maloclusiones específicas.

Se ha observado que la extensión y flexión de la cabeza más allá de la posición natural de la misma se asocia a ciertos patrones morfológicos.²⁵

Lo que se produce es que el peso de la cabeza pasa a los tejidos de la región maxilar por la acción de la mano, el brazo o la almohada. Los dientes del maxilar experimentan una inclinación hacia palatino, ocasionando una mordida cruzada posterior unilateral verdadera sin desvío de la línea media,

²⁵GRABER, Tomás. Ortodoncia: Principios y técnicas actuales. Edición 2006. Elsevier España. Pág. 128. Cap. 3

mientras las estructuras de la mandíbula no se perjudican porque este hueso es móvil y se libera de las presiones mediante deslizamientos.

Cuando hay desvío de la línea media, la etiología de la mordida cruzada no será el hábito de postura, sino un desvío mandibular causado probablemente por un contacto prematuro de los caninos temporales (mordida cruzada posterior unilateral falsa o funcional).

Existen hábitos a los que se ha acusado de causar maloclusión, como el hábito de dormir haciendo recaer el peso de la cabeza sobre la barbilla sería una causa de maloclusión clase II.²⁶

5.2.9.1. Corrección del hábito

Para la corrección de un hábito de postura, está indicada la utilización de una placa Hawley con una rejilla vestibular del lado donde se esté produciendo la mordida cruzada. Este aparato servirá de recordatorio al paciente, y siempre que apoye la cabeza sobre la mano o el brazo, apretará el carrillo contra esta rejilla.

Para corregir la mordida cruzada posterior unilateral verdadera en dentición permanente, se pueden utilizar elásticos en "Z" de 1/8 de diámetro, desde las caras palatinas de los dientes superiores a las vestibulares de los inferiores del lado en donde se encuentra la mordida cruzada. Ahora bien, si se trata de una mordida cruzada unilateral en la dentición temporal, ésta se puede corregir con la utilización de una placa con un tornillo de expansión unilateral.

²⁶PROFFIT, William. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta Edición. Barcelona – España. 2008. Pág. 4. Cap. 1

5.2.10. Hábito de respiración bucal

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

- **Por obstrucción funcional o anatómica:** es la respiración oral donde a nivel de las fosas nasales existe la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen la respiración oral.
- **Por Hábito:** el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.²⁷

La respiración oral suele estar asociada a la obstrucción de las vías altas: Rinitis alérgica, amigdalitis, adenoides, desviación del tabique nasal o ser simplemente un hábito.²⁸

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua, todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de unos y otros.

Si la respiración tuviese algún efecto sobre los maxilares y los dientes, sería por medio de un cambio de postura que alterase secundariamente las presiones prolongadas que ejercen los tejidos blandos.²⁹ La respiración bucal puede derivar de la obstrucción o restricción de cualquier parte de la vía respiratoria superior.³⁰

²⁷<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

²⁸ GARCÍA, Ana. No quiero lavarme los dientes. La salud de nuestros hijos. Ediciones Ceac 2007. España – Barcelona. Tema 20. Pág. 398.

²⁹ PROFFIT, William. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta Edición 2008. Barcelona – España. Pág. 154. Cap. 5

³⁰ GRABER, Tomás. Ortodoncia: Principios y técnicas actuales. Edición 2006. Elsevier España. Pág. 127

La respiración normal, también llamada respiración nasal, es aquella en donde el aire ingresa libremente por la nariz con un cierre simultáneo de la cavidad bucal, creándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración; la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Cuando la respiración se realiza por la boca, la lengua adopta una posición descendente para permitir el paso del flujo del aire. La respiración bucal, normalmente está vinculada a pacientes con interposición lingual y del labio.

El aire, el cual, al entrar normalmente por las fosas nasales hace que la mandíbula y los contactos oclusales mantengan su posición y con ello el balance de toda la musculatura peribucal. Si por el contrario, el aire entra por la boca, la mandíbula baja y con ella la musculatura.

La respiración bucal es causada por la obstrucción de las vías respiratorias altas; el tabique desviado, cornetes hipertrofiados, adenoides y toda una serie de patologías incluyendo las alérgicas que pueden dificultar la respiración nasal y el paciente debe recurrir a la respiración oral.

La respiración bucal ha sido definida como la respiración que el individuo efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz, sin embargo la respiración bucal exclusiva es sumamente rara ya que generalmente se utilizan ambas vías, es decir, la bucal y la nasal. Aun después de corregida la obstrucción por el otorrinolaringólogo, puede continuar como un hábito.

Tanto la respiración bucal como la deglución atípica favorecen el desarrollo de una maloclusión con retrusión mandibular. Esto se corresponde con el patrón de oclusión clase II.³¹

Durante la respiración bucal, lo que se produce es que en la inspiración y expiración, el aire pasa por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico (aspecto de cara larga o facie adenoidea).

Se recomienda que durante la lactancia, la posición del niño al ser alimentado con biberón deba ser más erguida, para evitar dificultades respiratorias, lo que tendría como consecuencia, que comenzará a respirar por la cavidad bucal. La posición en la cuna también es importante, debe evitarse que el niño se quede con el cuello en flexión, porque le dificultaría para respirar normalmente y ocasionaría el hábito de la respiración bucal.

5.2.10.1. Etiología del hábito

La respiración puede realizarse por la vía oral como consecuencia de una obstrucción funcional o anatómica y por hábitos.

1. La obstrucción funcional o anatómica ocurre cuando existe la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal de aire a través de fosas nasales o nasofaringe, por ejemplo, la presencia de adenoides hipertróficas, amígdalas palatinas, cornetes hipertróficos, asma,

³¹TORRES, Rafael. La columna cervical: Evaluación clínica y aproximaciones terapéuticas "Principios anatómicos y funcionales, exploración clínica y técnicas de tratamiento. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires – Madrid. 2008. Pág. 147. Cap. 4

desviaciones del tabique nasal, pólipos, sinusitis y tumores que obligan a sustituir la función nasal por la bucal, la inflamación de la mucosa por infecciones o rinitis alérgica (considerada la causa más frecuente), produce resistencia a la inhalación del aire, lo cual obliga al individuo a usar la cavidad bucal como vía accesoria para la inspiración del aire.

2. Hábitos bucales, entre los que se pueden encontrar: deglución atípica, interposición lingual, succión del pulgar, entre otros. El individuo pasa a respirar también por la boca, como consecuencia de obstrucciones anatómicas patológicas o funcionales, que a pesar de haber sido eliminadas, ya se establece el hábito de utilizar la vía oral como complemento de la nasal transformándose en una costumbre.

5.2.10.2. Efectos bucofaciales y esqueléticos de un respirador bucal

1. Facies adenoideas, la cual se caracteriza por presentar rostro alargado y estrecho, hipodesarrollo de los huesos propios de la nariz, ojos caídos, ojeras profundas, surcos genianos marcados profundos, boca abierta e incompetencia labial.
2. Narinas estrechas del lado de la deficiencia respiratoria con hipertrofia de la otra narina o las dos estrechas.
3. Piel pálida.
4. Hipertrofia del músculo borla del mentón.
5. Labio superior hipotónico, flácido en forma de arco.
6. Labio inferior hipertónico.
7. Labios agrietados, resecos, con presencia de fisuras en las comisuras (queilitis angular)

8. Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual.
9. Mordida cruzada posterior uni o bilateral.
10. Paladar profundo y estrecho, esto se debe a la acción compresiva de los músculos buccinadores a nivel de la zona de premolares, debido a que el equilibrio muscular se encuentra alterado por la posición baja que adquiere la lengua durante la respiración.
11. Opacidad e hipodesarrollo de los senos paranasales que forman la base de la arcada dentaria superior.
12. Predominio de los músculos elevadores del labio en detrimento de los músculos paranasales, que se insertan en la parte anterior del maxilar y favorecen el crecimiento anterior de la premaxila, produciendo una elevación y retrusión de la espina nasal anterior.
13. Arcada superior en forma triangular.
14. Presencia de hábitos secundarios (deglución atípica, succión labial)
15. Retrognatismo mandibular o rotación mandibular hacia abajo y atrás.
16. Aumento del tercio facial inferior.
17. Vestibuloversión de incisivos superiores.
18. Linguoversión de incisivos inferiores.
19. Linguoversión de dientes posterosuperiores.
20. Apiñamiento.
21. Encías hipertróficas y sangrantes (gingivitis crónica), producto de la deshidratación superficial a que son sometidas por la falta del cierre bucal y el paso del aire.

22. Hundimiento del esternón “Pectus excavatum” y “Escápulas aladas”(en forma de alas). Estas dos características se deben a una falta de desarrollo torácico en sentido anteroposterior; tórax estrecho.

23. Hipomotilidad diafragmática.

24. Cifosis (dorsal).

25. Lordosis lumbar. Visto el paciente de lado, la columna tiene forma de S.

26. Pies hacia adentro “pie vago”, por la posición de la columna.

También se puede afirmar que la respiración bucal produce trastornos intelectuales, debido a que se genera una disminución crónica de la PO₂ en un 5% y secundariamente baja la oxigenación cerebral. Esto se traduce en apatía, disminución de la actividad voluntaria, trastornos de la memoria, disminución de la capacidad para fijar atención voluntaria y cansancio crónico (asociado además a los trastornos de sueño).

No todos los niños con dificultades respiratorias desarrollan el mismo tipo de anomalías y pacientes con respiración normal pueden llegar a presentar deformidades similares, a las que siempre se le atribuyen a la respiración bucal. El hecho que una respiración inadecuada influya en mayor o menor grado en el cuadro morfológico-funcional-orofacial, no significa que necesariamente, las alteraciones resultantes sean siempre las mismas.

5.2.10.3. Corrección del hábito

Luego de realizada una evaluación completa del caso, se recomienda referir al paciente con un otorrinolaringólogo para solucionar la obstrucción nasal en caso de tenerla. Sin embargo en ocasiones, una vez eliminado el factor causal de la respiración bucal, será necesario rehabilitar la musculatura por

medio de ejercicios funcionales que fortalezcan los músculos periorales, para promover el cierre de los labios, así como también deberá ser reeducada la respiración mediante ejercicios respiratorios, ya que el paciente se ha habituado a respirar bucalmente. Los ejercicios de fortalecimiento muscular deben hacerse con una placa vestibular o un Trainer, los cuales van a impedir la penetración del aire por la boca, y por lo tanto la respiración se hace obligatoriamente por las vías aéreas superiores.

El estímulo de las vías aéreas superiores a través de los ejercicios respiratorios, puede influenciar favorablemente en el crecimiento de estructuras óseas contiguas. Como la respiración nasal es más difícil que la bucal, el escudo vestibular o el Trainer, provocan un ejercicio más intenso de los músculos de la respiración.

5.2.11. Hábito de interposición lingual o succión labial

Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet, y por consiguiente, el labio inferior se coloca por detrás de los incisivos superiores manteniendo o agravando la situación.

5.2.11.1. Hábito de succión del labio

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.

Es un hábito que se presenta en las maloclusiones que se acompañan de un gran resalte incisivo (los niños con mucho espacio horizontal entre los dientes anteriores superiores e inferiores), aunque a veces aparecen como una variante o una sustitución de la succión digital.

Lo más frecuente es que el niño interponga el labio inferior de forma repetida entre los incisivos superiores e inferiores, dando como resultado una mayor inclinación de los incisivos superiores hacia delante e inclinación de los incisivos inferiores hacia detrás.³²

Para conseguir que el niño deje de interponer el labio inferior entre los incisivos se pueden utilizar una serie de aparatos como una pantalla vestibular, que no es más que una lámina de resina acrílica colocada por detrás de los labios desde la parte superior hasta la inferior. Es muy efectivo para rehabilitar la función labial o eliminar el hábito de succión del labio inferior. También existe el arco labial o parabolios que es un aparato fijo que también consigue evitar la interposición del labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores y además alivia la presión del músculo buccinador y el labio inferior sobre la dentición.

Este hábito, aunque es bastante difícil para controlar a edad temprana, debe tratarse con un "empujador del labio" o con una pantalla vestibular para

³²http://www.saludalia.com/saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_habitos_dientes1

evitar problemas mayores en la dentición mixta. Al parecer, la presión ejercida por la lengua, los labios en estado de reposo y las fuerzas eruptivas tienen la intensidad y duración apropiada para relacionarla a la posición de los dientes.

5.2.11.2. Interposición labial o empuje lingual

La interposición de la lengua entre los dientes, puede ser: 1) un hábito original, (morderse la punta) 2) aparecer como sustituto de la succión digital y 3) ser secuela de una succión digital y de diferentes magnitudes tanto en la región incisiva como en los segmentos bucales. Los individuos con maloclusión de mordida abierta anterior colocan la lengua entre los dientes anteriores al tragar, mientras que los que presentan relaciones incisales normales no suelen hacerlo, por lo que resulta muy tentador atribuir el problema de la mordida abierta a este patrón de actividad lingual.

Se considera más bien una adaptación fisiológica a una mordida abierta (previamente establecida) que su causa, por lo que debe ser evaluada muy cuidadosamente. Dependiendo de la posición adoptada, puede favorecer al desarrollo de una distoclusión al igual que la succión digital, es decir aumento del resalte, protrusión excesiva y tendencia a mordida abierta anterior. Pero contrariamente, si se proyecta hacia abajo contra los incisivos mandibulares puede llegar a producir una maloclusión diferente, generalmente una falsa clase III que debe ser diferenciada de una verdadera mesioclusión.

5.2.11.2.1. Efectos bucofaciales de la interposición labial

1. Protrusión dentoalveolar superior.
2. Retroinclinación de incisivos inferiores.
3. Labio superior hipotónico.
4. Labio inferior hipertónico.
5. Incompetencia labial.
6. Hipertrofia del músculo mentoniano.
7. La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
8. Mordida profunda.
9. Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
10. Retrognatismo mandibular.

5.2.11.2.2. Corrección del hábito

La mejor opción de tratamiento a escoger para eliminar el hábito de interposición labial, es la utilización de un Lip bumper, el cual es un aparato fijo y pasivo que posee uno o dos escudos de acrílico en el sector anterior, que separan el labio inferior de los dientes anteriores, evitando su posicionamiento junto a las caras palatinas de los incisivos superiores. Este aparato va a influenciar favorablemente en el desarrollo de la arcada inferior, ya que al separar el labio de los dientes anteroinferiores, se produce una expansión espontánea de dicha arcada.

En la dentición mixta, además del Lip bumper, se utiliza técnica 2x4, ya que mediante la colocación de brackets en el sector anterior y la acción de los

arcos de retrusión superior o de protrusión inferior, según sean los requerimientos cefalométricos del caso, se corrige el overjet reduciendo el espacio para la interposición del labio inferior.

5.2.12. Hábito de onicofagia

La succión de dedos y la mordedura de uñas (onicofagia) son ejemplos cotidianos y comunes de hábitos pautados de desarrollo. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. La onicofagia coincide habitualmente con la succión de los dedos; autores como Meneghello consideran que la onicofagia, a diferencia de la succión del pulgar; puede ser indicadora de algún conflicto emocional que debe alertar al médico, por tal motivo el mismo no se debe reprender.

La incidencia de la onicofagia es excepcionalmente elevada. Hay igualdad respecto a sexos aunque las mujeres parecen más preocupadas por el problema estético, por lo que buscan ayuda en mayor número que los hombres. Generalmente los afectados se muerden todas las uñas.

Este hábito no causa problemas de oclusión, ya que sólo producen presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, el predominio del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado conjuntamente con la deglución atípica, es el desencadenante de la mordida abierta anterior.

5.2.12.1. Etiología del hábito

Se piensa que la etiología de este hábito, es la consecuencia de un comportamiento que no se extinguió convenientemente en su momento a los 2 o 3 años, cuando el niño se chupaba el dedo. También se afirma que al momento del cambio del patrón de la deglución, al aparecer los primeros dientes, se instala el impulso de morder. En esta época se hace necesaria una dieta más sólida para compensar este impulso.

Una de las formas para ejercitar la masticación es ofrecer al niño un bistec, para que los sujete y empiece a morder y a succionar, aunque sea antes de la erupción completa de los primeros dientes temporales. Si este impulso no es satisfecho, el niño buscará para morder los más variados objetos, principalmente el de morderse las uñas, instalándose así el hábito de la onicofagia.

5.2.12.2. Efectos del hábito

No produce efectos sobre la oclusión. La onicofagia en su forma aguda puede dañar el lecho ungueal y la matriz de la uña, pudiéndose complicar con verrugas periungueales e infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral. Esto puede causar alteraciones en la estética de los dientes por abrasión, erosión, astillamiento y malposición. Debemos de conocer las diferentes alteraciones ocasionadas por el hábito y como diferenciarlas de una alteración sistémica como lo es la anemia férrica. En un paciente portador de anemia férrica, podemos observar una uña cóncava o en forma de cuchara, confundiéndola con un síntoma reflejado de la onicofagia.

5.2.12.3. Corrección del hábito

Para corregir la onicofagia, es necesario primero que nada, la concientización por parte del paciente, éste tiene que estar dispuesto a abandonar el hábito, teniendo en cuenta que ésta necesidad insatisfecha de morder obedece a un estado psicoemocional de ansiedad. Para esto se le entrega al paciente un mordedor de goma y se le indica que lo muerda durante cinco minutos sin parar, cada vez que tenga ganas de morderse las uñas. También se le pide que, al sentirse ansioso tome el mordedor y haga ese ejercicio durante cinco o diez minutos. Otra tentativa para eliminar el hábito es la colocación de guardas en ambas arcadas que cubran las caras oclusales de molares y premolares, de manera que se levante ligeramente la mordida y le dificulte la práctica del mismo.

5.2.13. Opciones de tratamientos de erradicación de los hábitos

5.2.14.1. Tratamiento ortodóntico

Para la erradicación de los hábitos orales se utilizarán aparatos que se dividirán en aparatos restrictores y estimuladores.³³

5.2.13.1. Restrictores: poseen como único objetivo el de evitar, a través de “obstáculos”, que la función incorrecta continúe y altere la oclusión. Estos dispositivos se caracterizan por presentar barreras mecánicas como rejillas, dobleces y escudos, colocados en donde

³³ (RODRÍGUEZ Esequiel, p. 287, c.8)

la lengua u otros elementos externos como el dedo, han creado potencialmente alguna alteración.

5.2.13.2. Estimuladores: estos aparatos están destinados a la resolución terapéutica de una función alterada, coadyuvando a la terapia miofuncional. Los estimuladores también llamados *Reminders* van a actuar participando activamente en el programa de rehabilitación, reeducando de una manera estable los impulsos neuromusculares aberrantes.

5.2.14.2. Tratamiento psicológico

Para prevenir los malos hábitos bucales se hace necesario conocerlos y destacar sus principales efectos. La boca como puerta de entrada al cuerpo responde al mundo exterior pero además refleja lo que ocurre en el universo interior. En los niños con problemas emocionales, como no pueden calmar la ansiedad no saben como canalizarlas desviando sus angustias y generando hábitos o conductas repetitivas para liberar sus tensiones.

Los hábitos compulsivos son aquellos que adquiere el niño por una fijación de tal manera, que acude a la práctica del hábito cuando siente su seguridad amenazada, dichos hábitos expresan necesidad emocional y cuando el niño lo realiza es para escudarse de la sociedad que lo rodea.³⁴

Es por ello que se requiere de una adecuada atención para evitar en la adolescencia y adultez problemas orgánicos y de repercusión psicológica que tienen su origen en las primeras etapas de la vida, por ello es necesario dedicar más tiempo a los hijos, brindándoles mayor afecto y mucha atención.

³⁴NAVARRO, Carlos. Cirugía Oral. Ediciones Arán. 2008. España. Pág. 311. Cap. 21

Para contraer buenos hábitos bucales desde el umbral de la vida, los niños requieren de la asesoría de padres y de la familia. Conocer las ventajas de establecer hábitos correctos es el primer paso para evitarlos. La higiene en general y la bucal en particular es lo primero que se debe enseñar al niño. Ello se traduce no solo en el adecuado y sistemático cepillado de los dientes, sino en mantener hábitos saludables.

Los padres y los proveedores de cuidados pueden ayudar a los niños ofreciéndoles mucho apoyo emocional de diferentes maneras. Empezar a quitarle la costumbre del hábito poco a poco. Explicarles que necesitan quitarse la costumbre para que le salgan los dientes derechos.

A menudo los niños realizan el hábito porque se sienten inseguros o cuando necesitan ser reconfortados. Concéntrese en corregir la causa de esa ansiedad y reconforte al niño, alabando los esfuerzos del niño y premiándole cuando no realice el hábito. Ofrezcale palabras de ánimo, hágale una caricia o bríndele un abrazo en esos momentos en los que no practique el hábito. Hágale saber que usted se da cuenta del esfuerzo que el niño está haciendo para quitarse la costumbre y que usted lo aprecia mucho.

Requerir de un especialista, en caso de presentar algún problema emocional, lo cual puede ser motivo de práctica de malos hábitos orales.

5.3. MALOCLUSIÓN

Las maloclusiones son definidas como alteraciones de carácter genético, funcional, traumático o dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. La maloclusión no es una variable discreta, sino una suma mal definida de variación genética y de los efectos intrínsecos y extrínsecos sobre el crecimiento de la cara, los dientes y los maxilares. Las maloclusiones severas son a menudo acompañadas por desproporciones de la cara y de los huesos.

La maloclusión es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático. Los factores genéticos y el medio ambiente son los dos factores principales.

Las maloclusiones son el resultado de las interacciones de los factores genéticos y ambientales, sin embargo estas pueden originarse por las variaciones de cada sujeto, como, por ejemplo, las características en la dentición temporal, ya que esta influye en gran medida en el desarrollo de una adecuada oclusión en la dentición permanente.³⁵

La maloclusión es la desviación de las relaciones intramaxilares y/o intermaxilares de los dientes, lo cual supone un riesgo para la salud oral del individuo. A menudo, se asocia con otras deformidades orofaciales. Aunque podríamos afirmar que la maloclusión es otra alteración que se ha acentuado con los cambios de la vida moderna, aunque quizá se deba en parte al menor uso actual del aparato masticatorio debido a la mayor blandura de los alimentos.

³⁵RODRÍGUEZ, Esequiel. Ortodoncia contemporánea. Diagnóstico y Tratamiento. Segunda Edición. 2008. Edición Amolca. Pág. 293. Cap. 10.

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. La maloclusión es una manifestación de la interacción entre la genética y el ambiente durante el desarrollo de la región bucofacial.

Las maloclusiones de causa genética son menos susceptibles de tratar que las de causa ambiental, un cambio de los factores ambientales pueden influir en un carácter poligénico con una alta estimación de heredabilidad.³⁶

La maloclusión es una afección del desarrollo. En la mayoría de los casos, la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal. En ocasiones, es posible demostrar la existencia de una causa específica aislada.

En casos de maloclusiones clase I, donde las relaciones de los componentes óseos no se encuentran afectados y se trata solamente del mal alineamiento de los dientes, lo cual en ocasiones puede ser realmente mortificante, puede hacer que aunque las alteraciones de la estética facial propiamente no sean muy evidentes, obligan a la intervención temprana a considerar la fuerte alteración del alineamiento dentario y su posible repercusión sobre su personalidad.

Frecuentemente, en la cavidad oral podemos encontrar con gran frecuencia maloclusiones relacionadas con los síntomas asociados, y con las alteraciones de la musculatura orofacial. Entre estas destacan las mordidas

³⁶(GRABER, Tomás. Pág. 128. Cap. 3)

abiertas anteroposteriores, mordidas cruzadas posteriores, paladar ojival y falta del sellado labial.³⁷

Las maloclusiones tienen un comprobado origen multifactorial, algunos de los cuales pueden estar bajo nuestro control. Los factores etiológicos de más fácil identificación son los ambientales; entre ellos, la secuela de diferentes hábitos de presiones anormales como: succión del dedo o del labio.

Por tanto desde este punto de vista si podemos considerar las maloclusiones como procesos patológicos que alteran el estado de salud del individuo, y que por tanto precisan de un diagnóstico y un tratamiento que solucionen esta situación.³⁸

La maloclusión en personas con discapacidades intelectuales presenta elevado índice de hipotonía e hipertonía de la musculatura oral. Todos los niños con discapacidad intelectual que desarrollan maloclusión en la fase de dentición mixta deben ser examinados por un ortodoncista, para que evalúe las pertinentes medidas ortodóncicas interceptivas que atenúen esa maloclusión.

5.3.1. Etiología de las maloclusiones

5.3.1.1. Causas heredadas:

Número y tamaño de piezas, embarazo, ambiente fetal, otros.

5.3.1.2. Causas adquiridas:

Pérdidas prematuras, retención prolongada, hábitos, otros.

5.3.1.3. Causas indirectas o predisponentes:

Herencia, defectos congénitos, anomalías, infecciones, metabolismo, otros.

³⁷SILVESTRE, Francisco. Odontología en pacientes especiales. Universidad de Valencia. 2007. Pág. 272. Cap. 12

³⁸ROSÁS, Mónica. Libro de prácticas Ortodoncia 1. Ediciones Salamanca. Primera Edición. 2010. España. Pág. 15.

5.3.1.4. Causales directas o determinantes:

Anodoncia, supernumerarios, malposiciones, malformaciones, frenillos, otros.

5.3.2. Factores generales

5.3.2.1. Influencia racial hereditaria:

En grupos raciales homogéneos, las maloclusiones son de menor recurrencia. En investigaciones se han observado diferentes patrones faciales y de crecimiento dependiendo del tipo racial, tales como una mayor frecuencia de distoclusiones en anglosajones o de mesioclusión en los japoneses; en los grupos raciales más primitivos se observa menor cantidad de maloclusiones.

5.3.2.2. Tipo facial:

- **Braquicefálico:** cráneo ancho y redondo.
- **Dolicocefálico:** cráneo alargado.
- **Normocefálico:** cráneo de forma intermedia.

Estos tipos están íntimamente relacionados con la forma y tamaño de los arcos dentarios.

5.3.2.3. Características morfológicas hereditarias y dentofaciales específicas:

La herencia puede ser significativa en:

- a) Tamaño dentario.

- b) Anchura y longitud de las arcadas.
- c) Altura del paladar.
- d) Apiñamiento y espacio interdentario.
- e) Grado de sobremordida sagital.
- f) Posición y conformación de la musculatura peribucal, tamaño y forma de la lengua.
- g) Características de los tejidos blandos.
- h) Anomalías congénitas.
- i) Asimetrías faciales.
- j) Micro y macrognatia.
- k) Micro y macrodoncia.
- l) Oligo y Anodoncia.
- m) Variación en forma dentaria.
- n) Labio y paladar hendido.
- o) Diastemas por frenillos.
- p) Sobremordida profunda.
- q) Apiñamiento y giroversión.
- r) Retrusión del maxilar superior.
- s) Prognatismo de maxilar inferior.

5.3.2.4. Defectos congénitos o de desarrollo:

- a) Labio y paladar hendido.
- b) Parálisis cerebral y disfunciones musculares.
- c) Disostosis Cleidocraneal (cierre tardío de suturas).

- d) Retrusión mandibular, protrusión maxilar, erupción tardía, dientes supernumerarios.

5.3.2.5. Medio ambiente:

- 1) Prenatal:** posición uterina, fibromas, lesiones amnióticas, dieta, metabolismo, drogas, trauma, enfermedades sistemáticas.
- 2) Posnatal:** secuelas del parto, fracturas de cóndilo, cicatrización de quemaduras, yeso por tiempo prolongado, posición al dormir, otros.
- 3) Clima o estado metabólico y enfermedades predisponentes:**
 - a) Enfermedades o fiebres exantémicas.
 - b) Trastornos de hipófisis y paratiroides.
 - c) Deficiencias nutricionales.

5.3.2.6. Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales:

- a) Lactancia anormal.
- b) Succión digital.
- c) Hábitos linguales.
- d) Onicofagia.
- e) Deglución inmadura.
- f) Respiración bucal.
- g) Defectos fonéticos.
- h) Amígdalas y adenoides.
- i) Bruxismo.

5.3.3. Factores locales

5.3.3.1. Anomalías de número dentario

- a) Supernumerarios (mayor frecuencia en maxilar)
- b) Ausencias (mayor frecuencia en maxilar y dientes permanentes: terceros molares, incisivos laterales superiores, segundos premolares).

5.3.3.2. Anomalías de tamaño dentario: determinado principalmente por herencia.

5.3.3.3. Anomalías de la forma dentaria: lateral cónico, cíngulos exagerados, bordes marginales amplios, otros.

5.3.3.4. Anomalías por defecto del desarrollo: amelogénesis imperfecta, fluorosis dental, hipoplasia, germinación, dents in dente, mesiodent, odontomas, sífilis congénita, otros.

5.3.3.5. Frenillo labial anormal

5.3.3.6. Pérdida prematura de dientes temporales o permanentes

5.3.3.7. Retención prolongada y reabsorción anormal de temporales

5.3.3.8. Erupción tardía de permanentes:

- a) Trastorno endocrino.
- b) Falla congénita.
- c) "Barrera" tisular.
- d) Raíz temporal.
- e) Supernumerario.
- f) "Barrera" ósea.

5.3.3.9. Vía eruptiva anormal: erupción ectópica, transposición, otros.

5.3.3.10. Anquilosis

5.3.3.11. Caries dental: pérdida de espacio.

5.3.3.12. Obturaciones inadecuadas: pérdida de espacio.

5.3.4. Clasificación de maloclusión

Desde 1803, en que Fox propuso un sistema de clasificación de las maloclusiones, han aparecido muchas clasificaciones diferentes y esto muestra ya dificultades para encontrar un sistema de clasificación completamente efectivo.

Fox fue el primero en hacer una clasificación de las maloclusiones, se basó en la relación de los incisivos.³⁹

5.3.4.1. Clasificación de Angle

Angle, en 1899, publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones. Edward Angle supuso que el primer molar superior permanente ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías eran consecuencia de cambios anteroposteriores de la arcada inferior en relación con él. Así dividió las maloclusiones en tres categorías básicas, que se distinguen en la oclusión normal.

Obsérvese que la clasificación de Angle incluye cuatro categorías: oclusión normal, maloclusión clase I, maloclusión clase II y maloclusión clase III. La oclusión normal y la maloclusión clase I comparten la misma relación intermolar, pero difieren en la posición de los dientes en relación con la línea de oclusión. En las clases II y III la línea de oclusión puede ser correcta o incorrecta.

³⁹(ROMERA, Amelia. Tema 5. Pág. 116)

5.3.4.1.1. Maloclusión clase I

Se encuentra la relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. Siendo las relaciones sagitales normales, la oclusión consiste en las malposiciones individuales de los dientes, la anomalía en las relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos. En estos pacientes es frecuente la presencia de un perfil facial recto y un equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.

Los problemas oclusales que se presentan son debidos a la falta de espacio del arco dental (apiñamiento), exceso de espacio (diastemas), malposiciones dentarias, mordida abierta, mordida profunda, mordida cruzada y protrusión dental. Normalmente en los casos de mordidas abiertas y biprotrusiones el perfil se torna convexo.⁴⁰

La maloclusión clase I generalmente está asociada a una discrepancia dentoalveolar en el segmento anterior, donde el hueso basal es insuficiente para acomodar todos los dientes; las relaciones esquelética y muscular generalmente son armoniosas. Las maloclusiones clase I dental y clase I esquelética serán las que mejor estabilidad y funcionalidad tendrán una vez corregidas.

Los factores que pueden llevar a una maloclusión clase I son los siguientes:

- Factores generales.
- Factores locales.

⁴⁰RODRÍGUEZ, Esequiel. Ortodoncia Contemporánea (Diagnóstico y Tratamiento). Segunda Edición. 2008. Pág. 265. Cap. 9

5.3.4.1.1.1. Factores generales

Los factores generales son: herencia (se puede transmitir en una forma dominante o recesiva y son de naturaleza poligenética), defectos congénitos, alteraciones musculares, traumatismos del parto, hábitos, etc.

5.3.4.1.1.2. Factores locales

Describiremos las causas locales que conducen con más frecuencia a una maloclusión:

- Anomalías del número de dientes: agenesias y supernumerarios.
- Anomalías del tamaño de los dientes: macrodontismo y microdontismo.
- Anomalías de la forma de los dientes: conoides e hipoplasias.
- Anomalías de la erupción dentaria: ectopias, transposición, pérdida prematura, erupción avanzada, retención prolongada de los temporales.
- Presencia de frenillos de implantación anormal.
- Caries interproximales.
- Falta de crecimiento de uno o ambos maxilares.
- Otras causas.

En cuanto a las variantes que pueden existir en una clase I se encuentran:

- Diastemas.
- Apiñamiento leve.
- Mordida abierta anterior.
- Mordida cruzada.

- Sobremordida.
- Biprotusión.
- Protrusión de incisivos superiores.

De acuerdo con la cantidad de espacio requerido, el apiñamiento se puede clasificar en:

- Apiñamiento leve: menos de 4mm.
- Apiñamiento moderado: de 4mm a 7mm.
- Apiñamiento severo o máximo: mayor de 7mm.

La clasificación del apiñamiento propuesta por Van der Linden en 1974 está basada tanto en el momento de aparición dental durante el proceso de desarrollo de la dentición como en los factores etiológicos a los que es atribuible. El apiñamiento lo clasifica en: primario, secundario y terciario.

- **Apiñamiento primario:** es la consecuencia de la discrepancia entre la longitud de arcada disponible y la longitud de arcada necesaria representada por la suma de los diámetros mesiodistales de las piezas dentarias y determinada principalmente por los factores genéticos. Depende de la morfología y tamaño esquelético, por una parte, y de la morfología y tamaño de los dientes, por otra. El apiñamiento primario es la consecuencia de un conflicto volumétrico: los dientes son demasiado grandes o los maxilares demasiado pequeños.
- **Apiñamiento secundario:** es el apiñamiento causado por factores ambientales que se presenta en un individuo aislado y no en la generalidad de la población. Los factores que más contribuyen a este tipo

de apiñamiento son la pérdida prematura de dientes temporales que condicionan la migración de los vecinos y acortan el espacio para la erupción de los permanentes.

- **Apiñamiento terciario:** se refiere al apiñamiento que ocurre durante los períodos adolescente y postadolescente. Es consecuencia de los fenómenos de compensación dentoalveolar y de los cambios por el crecimiento facial; también la erupción del tercer molar ha sido citada como causa de este tipo de apiñamiento. Este apiñamiento aparece hacia los 15 ó 20 años como consecuencia de los últimos brotes de crecimiento y la maduración final de la cara.

5.3.4.1.2. Maloclusión clase II

La maloclusión clase II es la desarmonía dentoesquelética más frecuente en la población de raza blanca. El adolescente presenta una prevalencia del 15%, siendo la segunda alteración dentooclusal más frecuente después del apiñamiento dentario. Según estudios realizados por McNamara, las maloclusiones clase II son debidas principalmente a un retrognatismo mandibular y en un menor grado.

Presenta una relación sagital anormal de los primeros molares, ya que el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, siendo por esto también denominada distoclusión. Generalmente los pacientes con este tipo de maloclusión presentan un perfil facial convexo. En este tipo de alteraciones dentales podemos encontrar a toda la arcada maxilar adelantada, la arcada mandibular retruida respecto a la superior.

Dentro de la clase II se distinguen dos tipos o divisiones:

5.3.4.1.2.1. División primaria: incisivos superiores en protrusión y aumentado resalte.

5.3.4.1.2.2. División secundaria: incisivos centrales superiores lingualizados y los laterales superiores vestibularizados, por lo que se produce una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida.

- **Clase II completa:** cuando la cúspide distovestibular del primer molar superior se encuentra a nivel del surco vestibular del primer molar inferior.
- **Clase II incompleta:** las caras mesiales de los primeros molares, se encuentran en el mismo plano vertical.
- **Clase II unilateral:** cuando afecta a una hemiarcada, llamándola subdivisión derecha o izquierda, dependiendo de dónde se halle la anomalía.
- **Clase II bilateral:** cuando afecta a ambas hemiarcadas.
- **Clase II división 1:** los incisivos superiores están protruídos o vestibularizados con el resalte aumentado. Son frecuentes en estos pacientes los problemas de equilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores e inferiores. Este desajuste anteroposterior es denominado overjet. El perfil facial de estos pacientes es, por lo general convexo. Se puede observar la presencia de mordida profunda, exceso de espacio, mordida cruzada posterior y malposición dentaria. En algunos casos la relación molar clase II ocurre solamente en uno de

los lados. En estos casos decimos que estamos ante una clase II, división 1, subdivisión derecha (cuando la relación molar clase II se encuentra del lado derecho).

- **Clase II división 2:** los incisivos centrales superiores están retroinclinados y los incisivos laterales superiores protruídos, existe una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida incisiva. Los perfiles faciales más comunes son el recto y el levemente convexo, asociados respectivamente, a la musculatura equilibrada o a ésta con una leve alteración. Cuando la maloclusión clase II división 2 presenta una relación molar clase II solamente en uno de los lados, utilizamos el término subdivisión.

5.3.4.1.3. Maloclusión clase III

Es causada por sobre crecimiento del maxilar inferior, va ha tener una mordida cruzada anterior, otra característica es la inclinación labial de los incisivos superiores y la inclinación lingual de los incisivos inferiores.

La relación molar se va a dar cuando la cúspide mesiobucal del molar superior van a tener contacto por detrás del surco vestibular del molar inferior. ⁴¹

El surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, por esta razón, también se le llama mesioclusión. Generalmente estos pacientes presentan un perfil facial cóncavo y la musculatura está desequilibrada. La arcada dentaria

⁴¹<http://www.monografias.com/trabajos47/ortodoncia/ortodoncia2.shtml>

mandibular está adelantada o el maxilar está retruido con respecto al antagonista. La relación incisiva generalmente está invertida con los incisivos superiores ocluyendo por lingual de los inferiores. Cuando la maloclusión clase III se presenta solamente de un lado, utilizamos el término subdivisión.

5.3.4.2. Clasificación de Lisher

En 1912 Lisher, respetando el concepto de Angle, también tomando como punto fijo los primeros molares superiores, siendo de amplio uso clínico, clasificó las maloclusiones de la siguiente manera:

5.3.4.2.1. Neutroclusión: se corresponde con la clase I de Angle.

5.3.4.2.2. Distoclusión: se corresponde con la clase II de Angle, en el que el molar inferior ocluye por distal de la posición normal.

5.3.4.2.3. Mesioclusión: se corresponde con la clase III de Angle, ya que el molar inferior ocluye por mesial de la posición normal.

Lisher introdujo una nomenclatura de amplio uso convencional en la ortodoncia, añadiendo el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvío:

- **Mesioversión:** a la clase III, porque el molar inferior ocluye por mesial de la posición normal.
- **Distoversión:** a la clase II, porque el molar inferior ocluye por distal de la posición normal.
- **Vestibuloversión o labioversión:** al diente que presenta su corona vestibularizada en relación a su posición normal.

- **Linguoversión:** a la corona dentaria que se encuentre lingualizada con respecto a su posición ideal.
- **Infraaversión:** al diente que presenta su cara oclusal o incisal sin alcanzar el plano oclusal.
- **Supraaversión:** al diente que presenta su cara oclusal o incisal sobrepasando el plano oclusal.
- **Giroaversión:** indica la rotación de un diente alrededor de su eje longitudinal.
- **Axiversión:** al diente que presenta una alteración de su inclinación con respecto al eje longitudinal.
- **Transversión:** aquel diente que sufrió una transposición, es decir, cambió su posición en el arco dentario con otro diente.
- **Perversión:** indica la impactación de un órgano dental.

5.3.4.3. Clasificación etiopatogénica

Según la localización preferente de la maloclusión y según los tejidos implicados en desarrollo de la oclusión.

5.3.4.3.1. Maloclusión dentaria: cuando la dentición debido a su forma, tamaño o posición provoca la anomalía oclusal.

5.3.4.3.2. Maloclusión esquelética: cuando afecta a uno o a ambos maxilares en la zona alveolar o a nivel de las bases óseas, repercutiendo en el encaje dentario oclusal.

5.3.4.3.3. Maloclusión muscular: cuando un desequilibrio muscular es el causante de la anomalía oclusal.

5.3.4.4. Clasificación topográfica

Distingue tres tipos de maloclusiones según el plano del espacio en que esté localizada:

5.3.4.4.1. Maloclusión transversal: desviaciones en los segmentos bucales (mordidas cruzadas y telescópicas).

5.3.4.4.2. Maloclusión vertical: sobremordidas y mordidas abiertas.

5.3.4.4.3. Maloclusión sagital: relaciones anteroposteriores de ambas arcadas.

5.3.4.5. Clasificación de acuerdo con la extensión de la anomalía

5.3.4.5.1. Maloclusión local: está circunscrita a una zona de la dentición afectando a un diente o a un pequeño grupo de dientes.

5.3.4.5.2. Maloclusión general: afecta a toda una arcada dentaria o a las relaciones conjuntas entre ambas arcadas dentarias.

5.3.4.6. Clasificación británica

5.3.4.6.1. Relaciones sagitales:

5.3.4.6.1.1. Oclusión prenatal: relación adelantada o mesial del molar inferior, se corresponde con la clase II de Angle.

5.3.4.6.1.2. Oclusión posnormal: relación retrasada o distal del molar inferior, se corresponde con la clase II de Angle.

5.3.4.6.2. Relaciones incisales:

5.3.4.6.2.1. Clase I: se considera normal, los bordes incisales inferiores contactan o quedan debajo del cingulo de los incisivos inferiores.

5.3.4.6.2.2. Clase II: los bordes incisales inferiores ocluyen posteriormente al cingulo de los incisivos superiores.

- **División 1:** los incisivos centrales superiores se encuentran inclinados hacia labial con aumento del resalte.
- **División 2:** los incisivos centrales superiores se encuentran inclinados hacia palatino. El resalte es generalmente mínimo, pero puede estar incrementado.

5.3.4.6.2.3. Clase III: los incisivos inferiores ocluyen anteriormente al cingulo de los incisivos superiores. El resalte está disminuido o invertido.

5.3.4.7. Clasificación de Carabelli

Una de las primeras clasificaciones ortodónticas surgió en 1842, cuando Carabelli dividió las maloclusiones en:

5.3.4.7.1. Mordex normalis: oclusión normal.

5.3.4.7.2. Mordex rectus: contacto incisal de borde a borde.

5.3.4.7.3. Mordex abertus: ausencia de contacto oclusal o mordida abierta.

5.3.4.7.4. Mordex prorsus: desequilibrio oclusal por protrusión.

5.3.4.7.5. Mordex retrorsus: desequilibrio oclusal por retrusión.

5.3.4.7.6. Mordex tortusus: inversión de la oclusión en el sentido vestibulolingual (mordida cruzada).

5.3.4.8. Secuelas desfavorables de la maloclusión

1. Secuelas sociales y psicológicas.
2. Mala apariencia.
3. Interferencia con el crecimiento y desarrollos normales.
4. Mordidas cruzadas que producen asimetría facial.
5. Sobremordida horizontal y vertical.
6. Función muscular incorrecta o anormal.
7. Actividad muscular compensatoria
8. Hipo o hiperactividad de músculos.
9. Hábitos musculares asociados: labios, uñas, dedos, lengua, bruxismo.
10. Deglución incorrecta.
11. Respiración bucal.
12. Masticación incorrecta.
13. Defectos del habla.
14. Aumento de caries.
15. Predisposición a enfermedades periodontales.
16. Trastornos en ATM.
17. Predisposición a accidentes dentarios.
18. Dientes incluidos.
19. Complicaciones en la rehabilitación protésica.

5.3.4.9. Tipo de maloclusiones asociada a los hábitos bucales

Ciertos hábitos pueden actuar como factores causales del desarrollo de ciertas maloclusiones donde puede verse influidos el crecimiento óseo y el

desarrollo dentario, pudiendo esta maloclusión estar potenciada o aliviada según el tipo facial del individuo.

Algunos hábitos, pueden tener base en alteraciones de índole muscular, en la forma y la estructura de los músculos. En la mayoría de los casos, no son un condicionante de éstos hábitos, aunque si se verán afectados de forma secundaria.

Los hábitos más frecuentes los podemos clasificar en dos grupos en función de la estructura oral que alteren:

- Hábitos que producen maloclusión y alteración de los tejidos duros: succión digital; succión labial; succión del chupete; apretamiento o rechinar de dientes; respiración bucal.
- Hábitos que producen patología de la mucosa oral: mordisqueamiento; hábitos automutilantes (morder lápices, uñas...); cepillado excesivo; respiración bucal.

Cuando se tratan maloclusiones establecidas se recurre a los aparatos, que contienen elementos activos que realizarán los movimientos que se precisen. No hay que olvidar que un tratamiento ortodóntico puede requerir de un equipo multidisciplinar, en función del/os factores etiológicos implicados.

El tratamiento de ortodoncia comienza con la prevención de las maloclusiones en edades tempranas mediante la eliminación de hábitos.⁴²

⁴²PALMA, Cárdenas Ascensión. Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. Ediciones Paraninfo, S.A. 2010. Cap. 14. Pág. 298

5.3.4.9.1. Hiperplasia mandibular

El exceso de desarrollo mandibular puede presentarse tanto en el plano transversal como en el anteroposterior, por lo que no son frecuentes los cuadros clínicos con MCP por dilatación mandibular de clase I. En la mayoría de ocasiones la hiperplasia mandibular constituye prognatismos mandibulares verdaderos o clases III quirúrgicas que, en algunos casos la principal alteración no es transversal es sagital la que condiciona la necesidad de realizar el tratamiento quirúrgico de la maloclusión.

5.3.4.9.2. Hipoplasia maxilar

La etiología de este problema es multifactorial, incluyendo malformaciones congénitas (como la fisura palatina), alteraciones del desarrollo (por ejemplo, por hábitos de succión del pulgar), traumáticas o iatrogénicas.

A causa de la hipoplasia del maxilar, la anchura de la arcada dentaria se encuentra reducida, y es común el apiñamiento de los dientes superiores.⁴³

5.3.4.9.3. Mordida cruzada

Las mordidas cruzadas son provocadas por un exceso de crecimiento en la mandíbula o defecto del mismo en el maxilar superior.⁴⁴

Se produce una mordida cruzada posterior cuando los dientes posteriores superiores quedan en una posición lingual respecto a los inferiores, es decir, las cúspides linguales mandibulares contactan con las fosas centrales de

⁴³SAPP, Philip. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda Edición. Editorial Mosby. 2006

⁴⁴NAVARRO, Carlos. Cirugía Oral. Ediciones Arán. España. Pág. 312. Cap. 21

los dientes maxilares y las cúspides bucales maxilares contactan con las fosas centrales de los dientes mandibulares. La mordida cruzada posterior refleja por lo general estrechez de la arcada dental superior, pero también puede deberse a otras causas.

Las mordidas cruzadas posteriores pueden ser de origen dental (por inclinación de las coronas dentarias hacia palatino) o esqueléticas (por una base apical estrecha). Se habla de mordida cruzada posterior cuando son las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores las que ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores. También se le conoce como oclusión cruzada posterior lingual.

La mordida cruzada posterior refleja una desviación de la oclusión ideal en el plano transversal del espacio, el resalte o el resalte inverso, indicando una desviación anteroposterior en la dirección de Clase II/Clase III, en tanto que la sobremordida/mordida abierta indica una desviación vertical de la oclusión ideal.

5.3.4.9.3.1. Mordida cruzada posterior bilateral

Las mordidas cruzadas bilaterales se asocian a hipoplasias maxilares transversales moderadas o severas. Cuando los molares superiores contactan más lingualmente de lo normal, es decir, están dispuestos por dentro de los molares inferiores.⁴⁵

⁴⁵CÁRDENAS, Ascensión. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Ediciones Paraninfo, S.A. 2010. Cap. 14. Pág. 299

5.3.4.9.3.2. Mordida cruzada posterior unilateral

Las mordidas cruzadas unilaterales son menos frecuentes y pueden asociarse a hipoplasias transversales leves a moderadas, o a un deslizamiento mandibular funcional hacia ese lado. También suelen ir asociadas a un desarrollo deficiente del maxilar superior, y pueden no encontrarse las líneas medias superior e inferior centradas.

5.3.4.9.3.3. Mordida en tijera

La mordida en tijera se produce cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores. En esta relación no existe una oclusión cúspide-fosa. También se le conoce como oclusión cruzada posterior vestibular o bucal. Cuando el maxilar superior es grande y la mandíbula pequeña, siendo el resalte mayor del que debería.

5.3.4.9.4. Mordida abierta

La mordida abierta es el resultado de una alteración no sólo dentaria sino también funcional.

Es necesario tener en cuenta si hay remanente de crecimiento o no y si las vías aéreas están permeables, así como la relación con los factores ambientales, los hábitos perniciosos, etc.⁴⁶

Las mordidas abiertas deben ser investigadas en su etiología y patrón de crecimiento y tratadas tempranamente; pueden ser un problema dentario o

⁴⁶HARFIN, Julia. Ortodoncia Lingual: "Procedimientos y aplicación clínica". Editorial Médica Panamericana. 2010. Cap. 9. Pág. 213.

tratarse de un fenotipo hiperdivergente que debe ser atendido tempranamente.

5.3.4.9.5. Mordida profunda

La sobremordida se define como la superposición vertical de los incisivos. Normalmente, los bordes incisales inferiores están en contacto con la superficie lingual de los incisivos superiores, a la altura del cíngulo o por encima. En la mordida abierta no se produce superposición vertical y se mide la separación vertical para cuantificar su gravedad.

En normo oclusión los incisivos superiores han de tapar 1/3 de los inferiores. Si los superiores tapan más lo denominamos SOBREMORDIDA (pueden llegar a tapar los inferiores completamente).⁴⁷

La sobremordida es la superposición vertical de los incisivos y sufre cambios significativos a lo largo de todo el proceso del recambio dentario. Desde la dentición primaria, en la dentición mixta, hasta que se ha completado la permanente, muestra una gran variabilidad: aumenta ligeramente y luego disminuye, presentando una correlación significativa con estructuras faciales verticales como la altura de la rama y de los procesos alveolares y también con el crecimiento de la mandíbula hacia adelante durante la erupción de los dientes sucesionales.

El grado de sobremordida de la dentición primaria parece ser determinante en la formación de la permanente: si es severa, tendrá un pronóstico

⁴⁷http://www.zonaortodoncia.com/malocclusion_clas.htm

desfavorable y si es ligera, podrá incrementarse en la mixta, pero en todo caso depende del crecimiento anterior de la mandíbula.

Durante la dentición primaria se pueden presentar prácticamente todas las posibilidades: desde la corona completa (sobremordida severa) hasta el tercio de la corona (ligera). Normalmente no sufre cambios apreciables, excepto cuando aparecen algunas condiciones ambientales: como atrición u otros hábitos.

Baume considera tres períodos que caracterizan la evolución de la sobremordida.

1. Durante la erupción de los caninos primarios que son los determinantes.
2. Cuando erupcionan los incisivos permanentes y
3. Durante la erupción de los caninos y premolares, que definen el grado de sobremordida en la dentición permanente.

5.3.4.9.6. Labioversión y linguoversión

Hay una posición del diente en la cavidad oral en la cual las fuerzas labiolinguales y bucolinguales son iguales. Esta posición que se denomina posición o espacio neutro, produce la estabilidad de los dientes. Si durante la erupción un diente se sitúa en una posición lingual o facial, la fuerza predominante desplazará al diente hacia la zona neutra. Esto se da normalmente cuando existe un espacio suficiente para el diente en la arcada dentaria. Si el espacio no es suficiente o adecuado, las fuerzas musculares circundantes no suelen ser suficientes para situar al diente en una alineación

correcta en la arcada, en estos casos; el diente permanece fuera de la arcada normal y se observa apiñamiento.

Éste persiste hasta que se aplica una fuerza externa que corrige la diferencia entre el tamaño dentario y la longitud de la arcada.

Aun después de la erupción, cualquier cambio o alteración de la magnitud, dirección o frecuencia de estas fuerzas musculares tenderá a desplazar el diente hacia una posición en la que las fuerzas de nuevo se encuentren en equilibrio. Este tipo de alteración puede producirse cuando la lengua es excesivamente activa o grande, lo que puede hacer que los labios ejerzan sobre los dientes fuerzas linguales más intensas que las labiales.

Habitualmente ello induce una vestibularización labial de los dientes anteriores hasta que alcanzan una posición en la que las fuerzas linguales recuperan nuevamente el equilibrio. Clínicamente, se manifiesta como una mordida abierta anterior. Es muy probable que el apoyo constante o la posición postural de la lengua (y no la actividad real de la deglución), sea la causa del desplazamiento labial de los dientes anteriores.

5.3.4.10. Perfil del paciente

Para poder realizar esta evaluación debe haber una posición en la cabeza, la cual debe estar con el plano Frankfurt paralelo al piso y perpendicular al cuerpo, los labios en reposo, y debe haber una máxima intercuspidad dentaria. Para determinar el perfil se observa básicamente: la nariz, la boca y el mentón.

Puede observarse caras cóncavas, caras rectas y caras convexas tomando como referencia la glabella, el borde del labio superior y el mentón.⁴⁸

- **Perfil recto:** cuando los tres puntos de referencia están en una misma línea.
- **Perfil convexo:** va asociado a una clase II, y es normal en niños hasta los 20 años.
- **Perfil cóncavo:** va asociado a una clase III

5.3.4.11. Forma de los arcos

Ovalados, triangulares o cuadrados. Se complementan con análisis de modelos.

5.3.4.12. Simetría de los arcos

Se determina si la forma de los arcos es igual para el superior y el inferior (ovalado, cuadrado o triangular). Si no son iguales, no habría simetría. Este análisis se debe complementar con el análisis de modelos de estudio.⁴⁹

El estrechamiento de la arcada superior se debe a una posición baja de la lengua, junto a una fuerza descompensada de compresión sobre los segmentos vestibulares de dicha arcada.

El niño presenta paladar ojival asociado al uso de chupete, succión crónica del pulgar o respiración bucal.⁵⁰

⁴⁸PALMA, Ascensión. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Ediciones Paraninfo S.A. 2010. Pág. 299. Cap. 14

⁴⁹BOTERO, Paola. Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar. Primera Edición 2007. Colombia – Medellín. Pág. 31. Cap. 1

⁵⁰WARD, Robert. Fundamentos de medicina osteopática: Consideraciones osteopáticas en el ejercicio de la medicina familiar y en la atención primaria. Segunda Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2006. Pág. 346. Parte V.

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. Métodos

6.1.1. Modalidad básica de la investigación

- **Bibliográfica:** Para el desarrollo de esta investigación se utilizó libros de odontología relacionados con el tema a investigar, revistas e información de Internet.
- **De campo:** Dicha investigación es de campo porque la información bibliográfica se la llevó al escenario donde se presentó el problema, utilizando fichas de observación, y encuestas.

6.1.2. Nivel o tipo de investigación

- **Explorativa:** Esta investigación permitió indagar y explorar los diferentes tipos de hábitos que pueden llevar a una maloclusión.
- **Descriptiva:** Esta investigación permitió dar a conocer el problema de maloclusiones que afectan hoy en día a la población por presencia de hábitos orales en la infancia.
- **Analítica:** En esta investigación se analizó las causas y efectos de las maloclusiones tratando como causa principal la presencia de hábitos parafuncionales.

- **Sintética:** Con esta investigación se llegó a soluciones y recomendaciones, con el fin de tratar a tiempo el problema de las maloclusiones causadas por hábitos parafuncionales.
- **Propositiva:** Al finalizar ésta investigación se obtuvieron datos reales permitiendo diseñar una propuesta que sirva para dar solución a la problemática encontrada.

6.2. TÉCNICAS

- Encuesta realizada a los padres de familia.
- Técnica de Observación.

6.3. INSTRUMENTOS

- Formulario de Encuesta.
- Fichas de Observación.

6.4. RECURSOS

6.4.1. Recursos materiales

- Materiales de oficina.
- Libros.
- Fotocopias.
- Espejo y explorador bucal para el examen intraoral.
- Guantes.

6.4.2. TALENTO HUMANO

- Investigadora.
- Director de tesis.
- Padres de familia.
- Población escolar a investigar.

6.4.3. RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Internet.
- Flash memory.
- Computadora.
- Escáner.
- CD.
- Equipo de impresión
- Cámara fotográfica

6.4.4. RECURSOS ECONÓMICOS

La presente investigación tuvo un costo de 1.761,95 dólares americanos que fueron financiados por la investigadora.

6.5. POBLACIÓN

La investigación se realizó con una población de 105 estudiantes de entre 5 a 12 años de edad de la Escuela “Simón Bolívar”, atendidos en el Patronato Municipal del cantón Santa Ana.

6.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra de la investigación es de 82 niños.

6.7. TIPO DE MUESTRA

El tipo de la muestra que se utilizó fue representativa de tipo estratificado.

CAPÍTULO VII

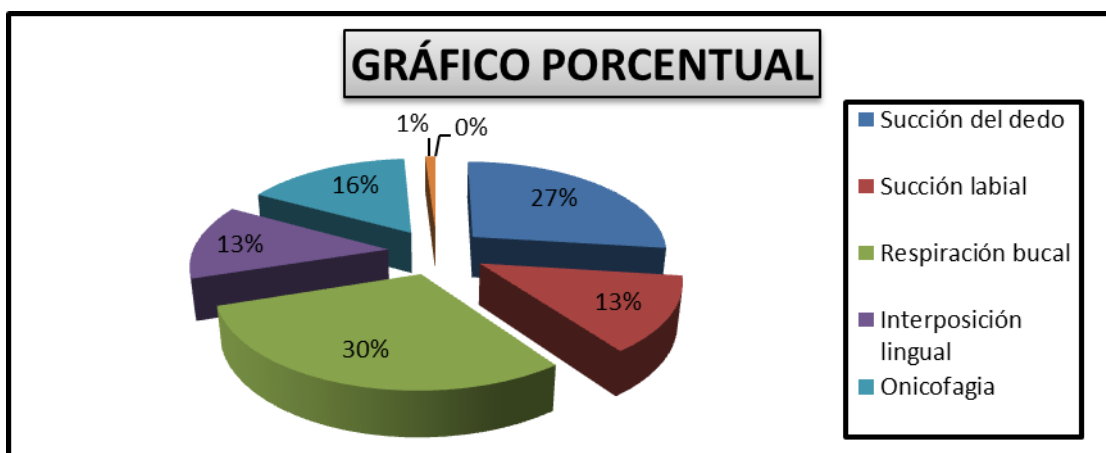
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

7.1. ENCUESTA REALIZADA A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA “SIMÓN BOLÍVAR”, ATENDIDOS EN EL PATRONATO MUNICIPAL DEL CANTÓN SANTA ANA.

GRAFICUADRO N° 1

1.- ¿Qué hábito presenta su hijo?

ALTERNATIVAS	F	%
Succión del dedo	22	27
Succión labial	11	13
Respiración bucal	24	30
Interposición lingual	11	13
Onicofagia	13	16
Bruxismo	1	1
Otros	0	0
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela “Simón Bolívar”.

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 1 se puede ver que de los 82 padres encuestados, 22 de los padres que corresponde al 27% dijeron que sus hijos presentan el hábito de **SUCCIÓN DEL DEDO**; 11 de los padres que corresponde al 13% respondieron que sus hijos tienen el hábito de **SUCCIÓN LABIAL**; 24 de los padres que corresponde al 30% dijeron que sus hijos presentan **RESPIRACIÓN BUCAL** como hábito; 11 de los padres que corresponde al 13% dijeron que sus hijos tienen como hábito la **INTERPOSICIÓN LINGUAL**; 13 de los padres que corresponde al 16% respondieron que sus hijos presentan el hábito de **ONICOFAGIA**; 1 de los padres dijo que su hijo tiene el hábito de **BRUXISMO**; mientras ninguno de los padres dijeron que sus hijos no presentan **OTROS** tipos de hábitos.

Según el autor Esequiel Rodríguez en su libro 1.001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos, pág., 272, c., 8 dice:

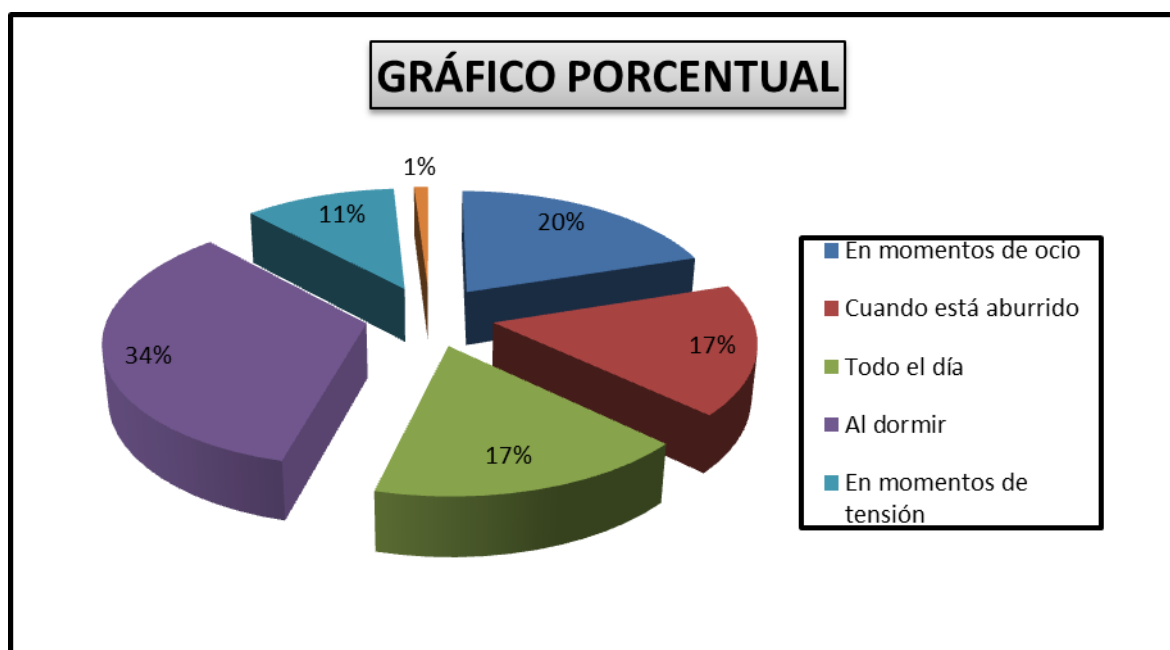
“La adquisición de hábitos de succión no nutritiva como son: la succión del dedo pulgar y otros dedos, la succión del chupón, la succión labial y la succión de otros objetos; la presencia de algunos de estos hábitos podría alterar la oclusión en etapas posteriores del desarrollo del niño”.⁹ (Pág. 12)

Lo que da como resultado que la presencia de hábitos puede interferir en la oclusión normal en un futuro, siendo la succión digital la más frecuente y la más dañina.

GRAFICUADRO N°2

2.- ¿En qué momentos ha visto a su hijo realizar el hábito?

ALTERNATIVAS	F	%
En momentos de ocio	16	20
Cuando está aburrido	14	17
Todo el día	14	17
Al dormir	28	34
En momentos de tensión	9	11
En otros momentos	1	1
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 2 se observó que de los 82 padres encuestados, 16 de los padres que corresponde al 20% dijeron que sus hijos realizan el hábito en **MOMENTOS DE OCIO**; 14 de los padres que corresponde al 17% respondieron que sus hijos **CUANDO ESTÁN ABURRIDOS** realizan el hábito; 14 de los padres que corresponde al 17% dijeron que sus hijos realizan el hábito **TODO EL DÍA**; 28 de los padres que corresponde al 34% respondieron que sus hijos solo **AL DORMIR** realizan el hábito; 9 de los padres que corresponden al 11% dijeron que sus hijos realizan el hábito **EN MOMENTOS DE TENSIÓN**; mientras que 1 de los padres que corresponde al 1% dijo que su hijo realiza el hábito **EN OTROS MOMENTOS**.

Según la página:

<http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosoral58.htm>= dice que:

“Los hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional”.⁶ (Pág. 11)

Lo que da como resultado que la presencia de hábitos orales se da por lo general en momentos de ocio, momentos de tensión y otros lo hacen por motivos como falta de atención de sus padres.

GRAFICUADRO N° 3

3.- ¿Con qué frecuencia realiza el hábito su hijo?

ALTERNATIVAS	F	%
Una vez al día	28	34
Dos veces al día	15	18
Tres o más veces al día	39	48
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 3 se observó que de los 82 padres encuestados, 28 de los padres que corresponde al 34% dijeron que sus hijos realizan el hábito **UNA VEZ AL DÍA**; 15 de los padres que corresponde al 18% respondieron que sus hijos **DOS VECES AL DÍA** realizan el hábito; mientras que 39 de los padres que corresponde al 48% dijeron que sus hijos **TRES O MÁS VECES AL DÍA** realizan el hábito.

Lo que se relaciona con lo que dice la autora Amelia Jiménez en su libro Odontopediatría en Atención Primaria, pág. 385, c. 20:

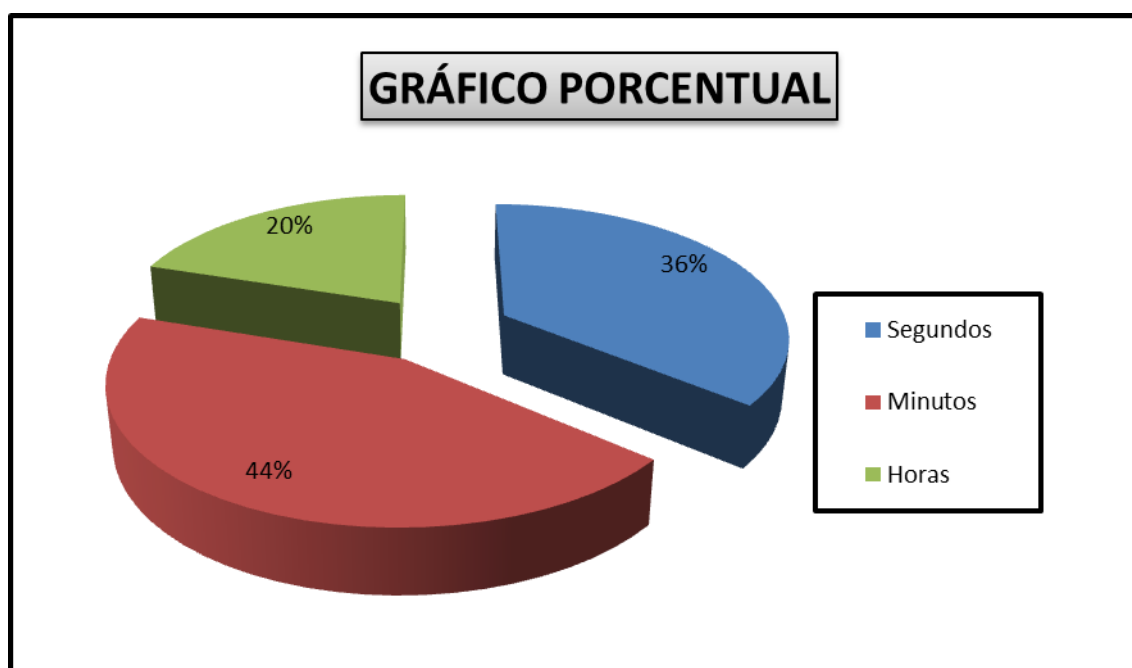
“El hábito es generalizado cuando ocurre en varios horarios, en muchas circunstancias, en diferentes lugares (casa, colegio). Es localizada cuando se ejerce en determinado lugar o circunstancia (antes de dormir)”. (Pág. 17)

Lo que da como resultado que la mayoría de estudiantes realizan el hábito con frecuencia tres o más veces al día, haciéndolos a cualquier hora del día, ya sea todo el día o solo por la noche.

GRAFICUADRO N° 4

4.- ¿Cuánto dura su hijo realizando el hábito?

ALTERNATIVAS	F	%
Segundos	30	36
Minutos	36	44
Horas	16	20
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 4 se observó que de los 82 padres encuestados, 30 de los padres que corresponden al 36% dijeron que sus hijos duran **SEGUNDOS** realizando el hábito; 36 de los padres que corresponde al 44% respondieron que sus hijos duran **MINUTOS** realizando el hábito; mientras que 16 de los padres que corresponde al 20% dijeron que sus hijos duran **HORAS** realizando el hábito.

Según el autor Salvador Borrás Sanchis en su libro Logopedia e Intervención: Guía para la reducción de la deglución atípica y trastornos asociados, pág. 34, dice que:

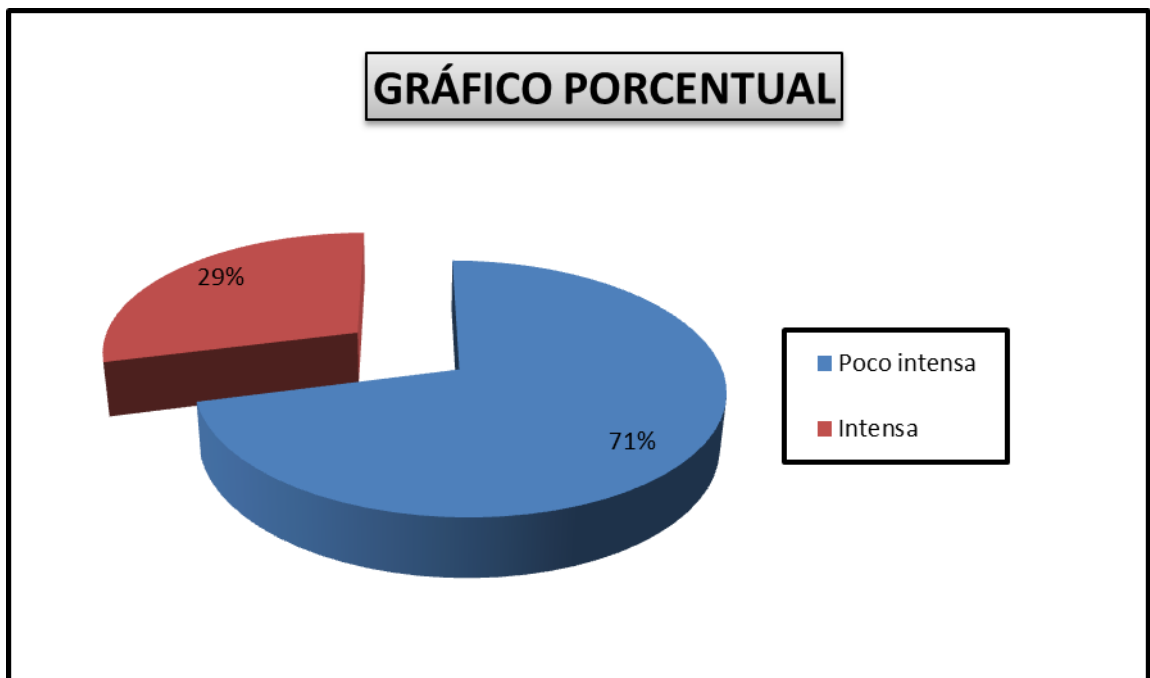
“Cuando los malos hábitos se prolongan en el tiempo, tanto en duración como en frecuencia de aparición, las maloclusiones va a ser difíciles de corregir.”(Pág. 10)

Lo que da como resultado que la mayoría de estudiantes al realizar el hábito duran minutos, durante un tiempo prolongado, lo cual causa malposiciones en los dientes.

GRAFICUADRO N° 5

5.- ¿Con qué intensidad realiza el hábito su hijo?

ALTERNATIVAS	F	%
Poco intensa	58	71
Intensa	24	29
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 5 se observó que de los 82 padres encuestados, 58 de los padres que corresponde al 71% dijeron que sus hijos realizan el hábito de una manera **POCO INTENSA**; mientras que 24 de los padres que corresponde al 29% respondieron que sus hijos realizan el hábito de una manera **INTENSA**.

Según el autor Esequiel Rodríguez en libro 1.001 Tips de Ortodoncia y sus secretos, pág. 274, c. 8, clasifica a la intensidad de un hábito en:

Poco intensa= Cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente de los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo sino distraídamente la punta del dedo.

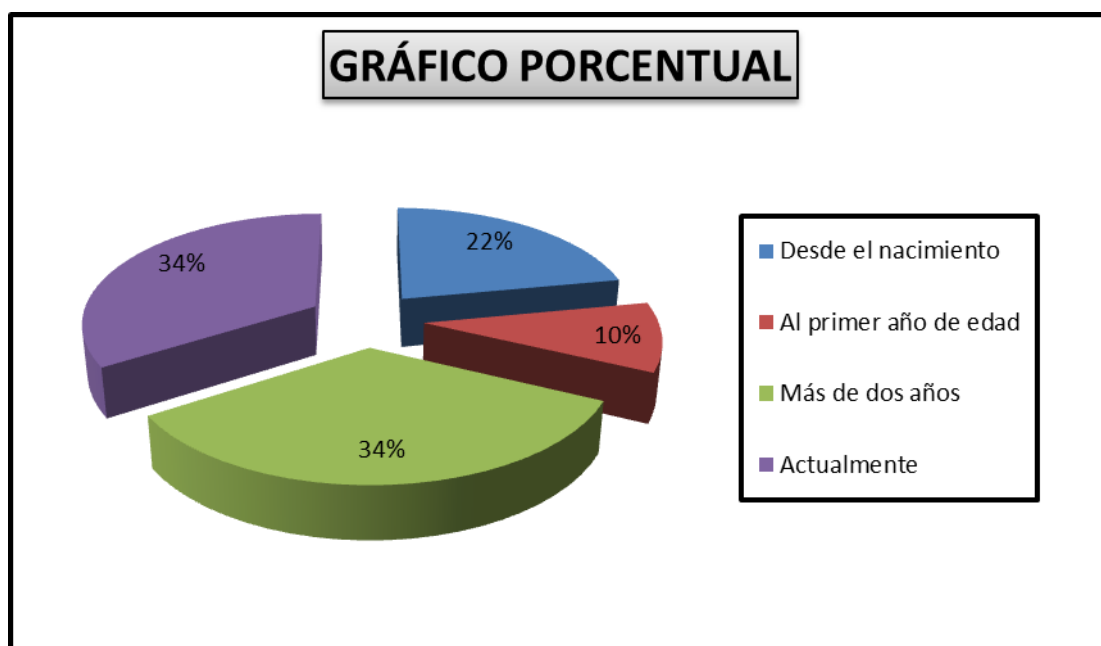
Intensa= Cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable. (Pág. 16)

Lo que concluye en que el grado de intensidad de un hábito, es un factor fundamental para el desarrollo de maloclusiones.

GRAFICUADRO N° 6

6.- ¿Desde qué edad empezó el hábito su hijo?

ALTERNATIVAS	F	%
Desde el nacimiento	18	22
Al primer año de edad	8	10
Más de dos años	28	34
Actualmente	28	34
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 6 se observó que de los 82 padres encuestados, 18 de los padres que corresponde al 22% dijeron que sus hijos realizan el hábito **DESDE EL NACIMIENTO**; 8 de los padres que corresponde al 10% respondieron que sus hijos empezaron con el hábito **AL PRIMER AÑO DE EDAD**; 28 de los padres que corresponde al 34% dijeron que sus hijos empezaron con el hábito hace **MÁS DE DOS AÑOS**; mientras que 28 de los padres que corresponde al 24% respondieron que sus hijos empezaron el hábito **ACTUALMENTE**.

Según lo que dice la autora Ana García en su libro No quiero lavarme los dientes: La salud de nuestros hijos, p. 126:

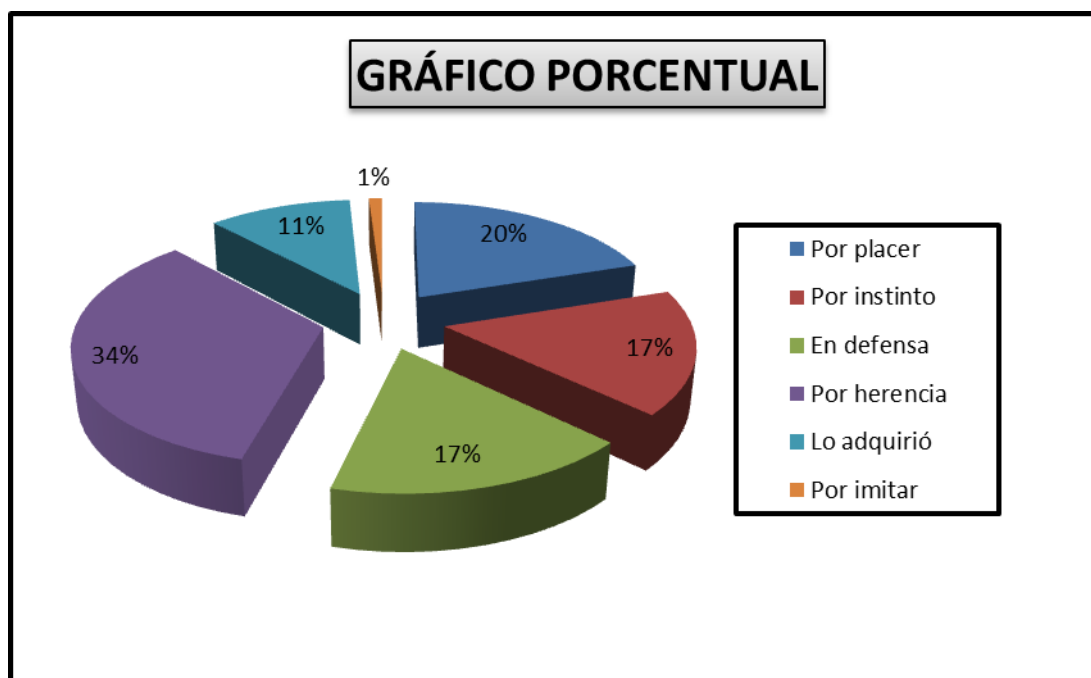
“Chuparse el dedo puede considerarse normal hasta los 3 años; más allá de esa edad pueda conllevar problemas de maloclusión”¹⁶ (Pág. 19)

Lo que da como resultado que la mayoría de niños empezaron el hábito a partir de los 2 años hasta la actualidad, lo que concluye que entre mayor sea la edad en que inicie el hábito mayor es el daño, lo que puede conllevar a problemas de maloclusión.

GRAFICUADRO N° 7

7.- ¿Por qué cree usted que presenta o ha desarrollado el hábito su hijo?

ALTERNATIVAS	F	%
Por placer	16	20
Por instinto	14	17
En defensa	14	17
Por herencia	28	34
Lo adquirió	9	11
Por imitar	1	1
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 7 se puede ver que de los 82 padres encuestados, 16 de los padres que corresponde al 20% dijeron que sus hijos desarrollaron el hábito **POR PLACER**; 14 de los padres que corresponde al 17% respondieron que sus hijos **POR INSTINTO** realizan el hábito; 14 de los padres que corresponde al 17% dijeron que sus hijos realizan el hábito **EN DEFENSA**; 28 de los padres que corresponde al 34% dijeron que sus hijos **POR HERENCIA** desarrollaron el hábito; 9 de los padres que corresponde al 11% dijeron que sus hijos realizan el hábito porque **LO ADQUIRIÓ**; mientras que 1 de los padres que corresponde al 1% respondió que su hijo desarrolló el hábito **POR IMITAR**.

Según la autora Luz D' Escriván en su libro Ortodoncia en dentición mixta, pág. 157, dice que:

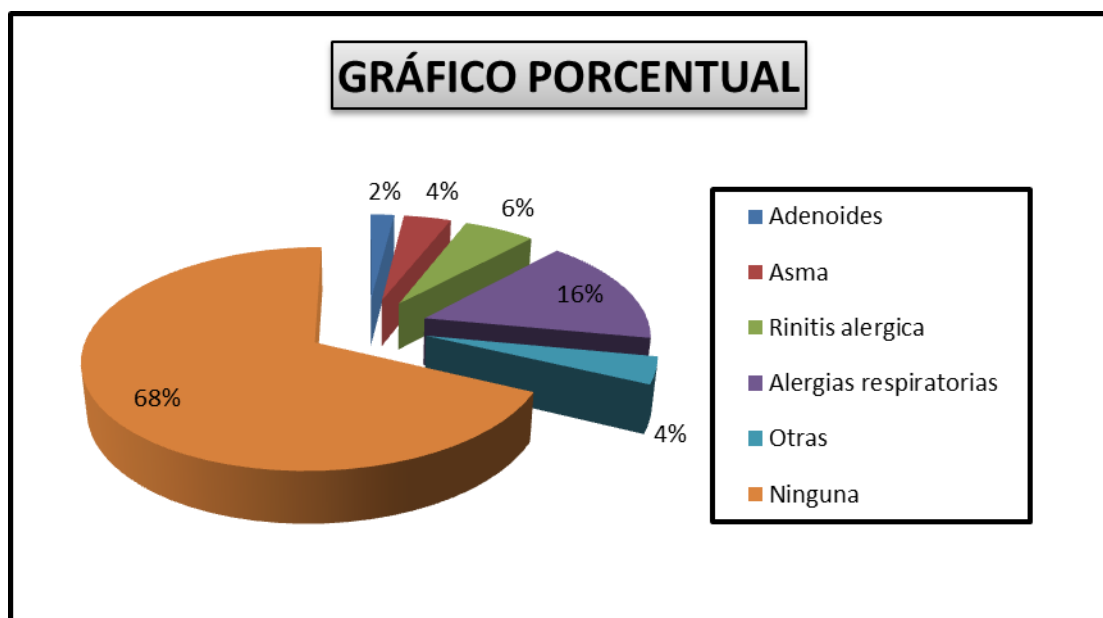
“Los hábitos son producto de las funciones normales, adquiridas o aprendidas, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación, etc., y otros que no responden a la satisfacción de ninguna necesidad biológica”⁵ (Pág. 10)

Lo que da como resultado que en su mayoría presentaron algún problema respiratorio lo cual provocó que los niños adquirieran los hábitos principalmente en defensa y otros por herencia.

GRAFICUADRO N° 8

8.- ¿Presenta su hijo alguna obstrucción funcional o anatómica que le dificulte la respiración?

ALTERNATIVAS	F	%
Adenoides	2	2
Asma	3	4
Rinitis alérgica	5	6
Alergias respiratorias	13	16
Otras	3	4
Ninguna	56	68
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 8 se observó que de los 82 padres encuestados, 2 de los padres que corresponde al 2% respondieron que sus hijos presentan **ADENOIDES** como problema respiratorio; 3 de los padres que corresponde al 4% dijeron que sus hijos presentan **ASMA**; 5 de los padres que corresponde al 6% dijeron que sus hijos presentan **RINITIS ALÉRGICA** lo cual dificulta su respiración; 13 de los padres que corresponde al 16% respondieron que sus hijos tienen **ALERGIAS RESPIRATORIAS**; 3 de los padres que corresponden al 4% dijeron que sus hijos presentan **OTROS** tipos de dificultades respiratorias; mientras que 56 padres que corresponde el 68% contestaron que sus hijos no presentan **NINGUNA** obstrucción respiratoria.

Esto está relacionado con lo que dice la autora María Amelia Jiménez Romera, pág. 398, tema 20: Prevención de Traumatismos y Maloclusiones, en su libro Odontopediatría en Dentición Primaria (I):

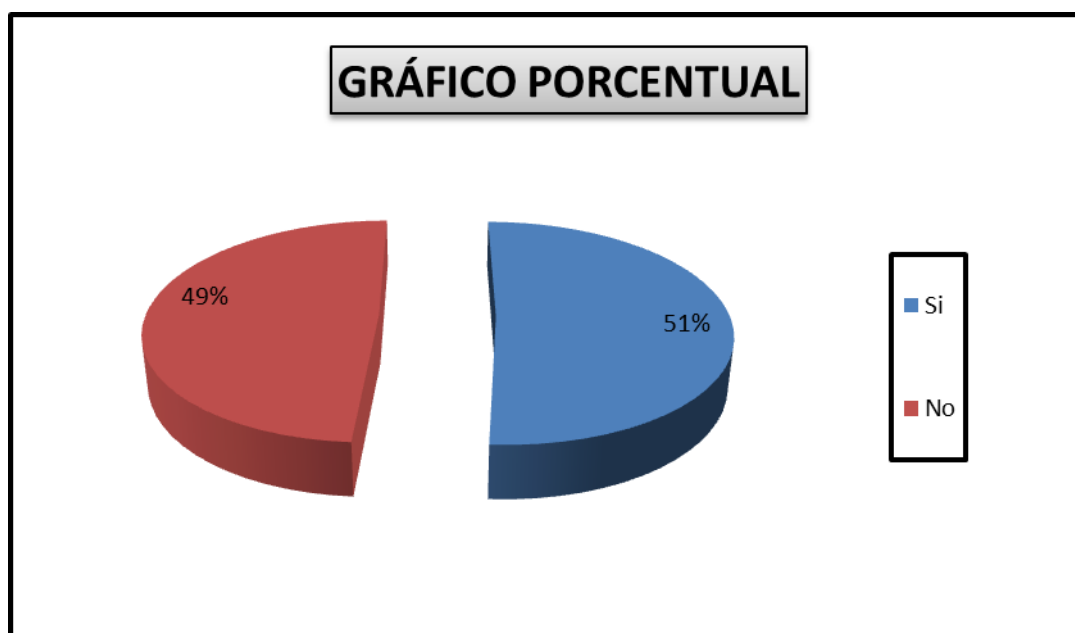
“La respiración puede realizarse por la vía oral como consecuencia de una obstrucción funcional o anatómica y por hábitos”. (Pág. 39)

Lo que da como resultado que los niños que presentan cualquier tipo de obstrucción de las vías respiratorias van a desarrollar el hábito de respiración bucal, lo cual provoca maloclusiones.

GRAFICUADRO N° 9

9.- ¿Se ha dado cuenta si su hijo respira por la boca?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	42	51
No	40	49
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".
Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 9 se observó que de los 82 padres encuestados, 42 de los padres que corresponde al 51% contestaron que sus hijos **SI** respiran por la boca debido a una dificultad para respirar; 40 de los padres que corresponde al 49% dijeron que sus hijos **NO** respiran por la boca ya que no presentan ningún problema respiratorio.

Según la autora Ana García en su libro No quiero lavarme los dientes: La salud de nuestros hijos, p. 127, dice que:

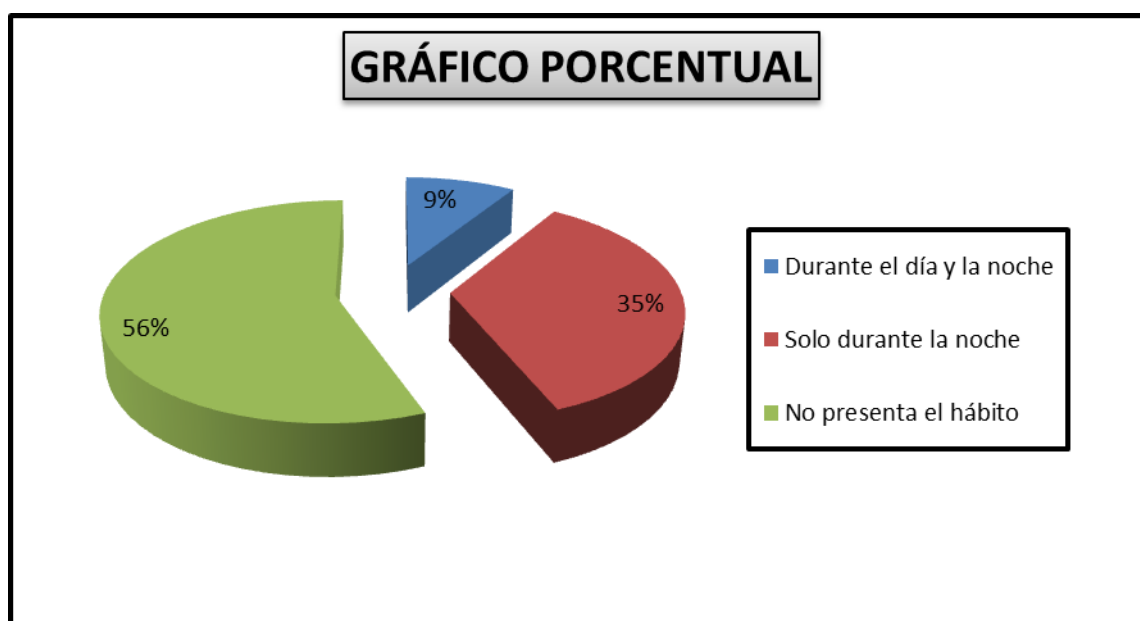
“La respiración oral consiste en respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, algo que normalmente está asociado con alguna alteración de las vías aéreas superiores. Algunos niños, de todos modos respiran por la boca debido a una postura viciosa, sin que exista ningún tipo de obstrucción. Este hábito influye de manera negativa en el desarrollo de la oclusión y del maxilar”.^{28 (Pág. 35)}

Lo que da como resultado que la mayoría de niños que respiran por la boca, lo hacen porque presentan alguna obstrucción de las vías respiratorias, que les dificulta la respiración por vía nasal

GRAFICUADRO N° 10

10.- ¿Se ha percatado si su hijo permanece con la boca abierta?

ALTERNATIVAS	F	%
Durante el día y la noche	7	9
Solo durante la noche	29	35
No presenta el hábito	46	56
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 10 se encontró que de los 82 padres encuestados, 7 de los padres que corresponde al 9% respondieron que sus hijos permanecen con la boca abierta **DURANTE EL DÍA Y LA NOCHE**; 29 de los padres que corresponde al 35% dijeron que sus hijos permanecen con la boca abierta **SOLO DURANTE LA NOCHE**; mientras que 46 de los padres que corresponde al 56% dijeron que sus hijos **NO PRESENTA EL HÁBITO**.

Esto está relacionado con lo que dice la autora Luz D E. De Saturno, pág., 157; en su libro Ortodoncia en dentición mixta:

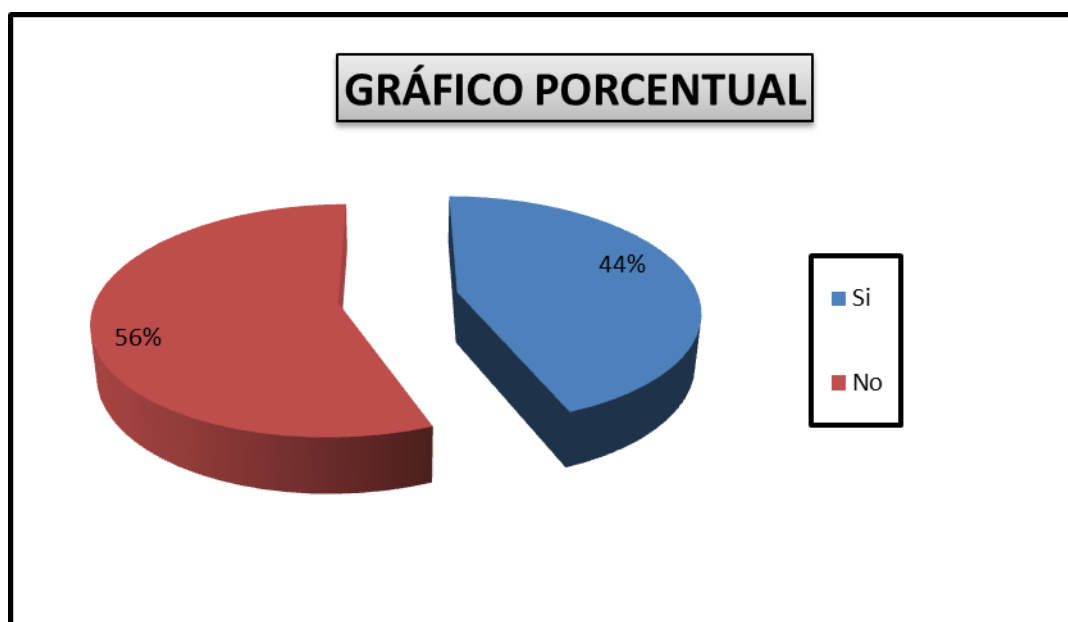
“El aire, el cual, al entrar normalmente por las fosas nasales hace que la mandíbula y los contactos oclusales mantengan su posición y con ello el balance de toda la musculatura peribucal. Si por el contrario, el aire entra por la boca, la mandíbula baja y con ella la musculatura”. (Pág. 36)

Lo que da como resultado que la mayoría de niños que permanecen con la boca abierta lo hacen durante la noche, lo que hace que la mandíbula baje al no mantenerse en contacto oclusal con el maxilar, causando desajustes oclusales.

GRAFICUADRO N° 11

11.- ¿Ha visto si su hijo tiene los labios agrietados o resecos?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	36	44
No	46	56
Total	82	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".
Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 11 se encontró que de los 82 padres encuestados, 36 de los padres que corresponde al 44% dijeron que sus hijos **SI** presentan los labios agrietados o resecos; mientras que 46 de los padres que corresponden al 56% contestaron que sus hijos **NO** tienen los labios agrietados o resecos.

Según la página:

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art1.asp>= dice:

“De igual manera, los traumatismos que el hábito ocasiona en las mucosas labiales hacen que la recurrencia de enfermedades tales como herpes, labios cortados, aftas, entre otras, sean más frecuentes en estos pacientes”.¹⁸ (Pág. 19)

Lo que da como resultado que los estudiantes que presentaron el hábito de onicofagia (morderse las uñas) tenían los labios resecos y agrietados debido a la presión o roce de las uñas con los labios.

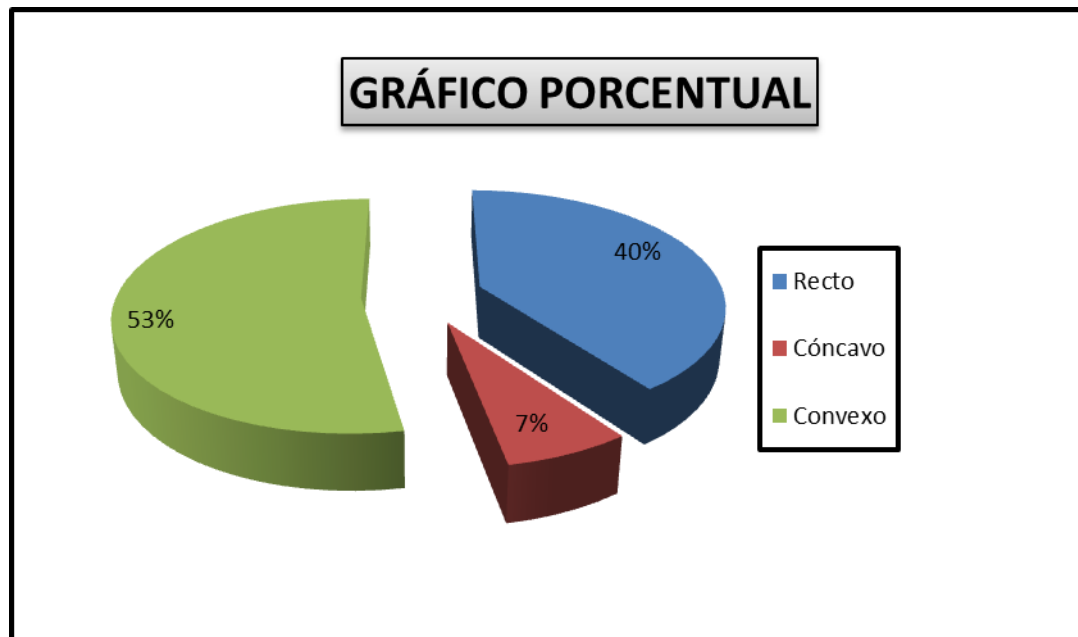
7.1.2. FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA “SIMÓN BOLÍVAR”, ATENDIDOS EN EL PATRONATO MUNICIPAL DEL CANTÓN SANTA ANA.

INDICADORES DE MALOCLUSIÓN

GRAFICUADRO N° 1

PERFIL DEL PACIENTE

ALTERNATIVAS	F	%
Recto	33	40
Cóncavo	6	7
Convexo	43	53
Total	82	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela “Simón Bolívar”.

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 1 se puede ver que de los 82 estudiantes de la escuela “Simón Bolívar” observados en el Patronato Municipal de Santa Ana, 33 de los estudiantes que corresponde al 40% presentaron un perfil **RECTO**; 6 de los estudiantes que corresponde al 7% tuvieron un perfil **CÓNCAVO**; mientras que 43 de los estudiantes que corresponde al 53% presentaron un perfil **CONVEXO**.

Según la autora Ascensión Palma Cárdenas, en su libro Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica, p. 299, c. 14, dicen que=

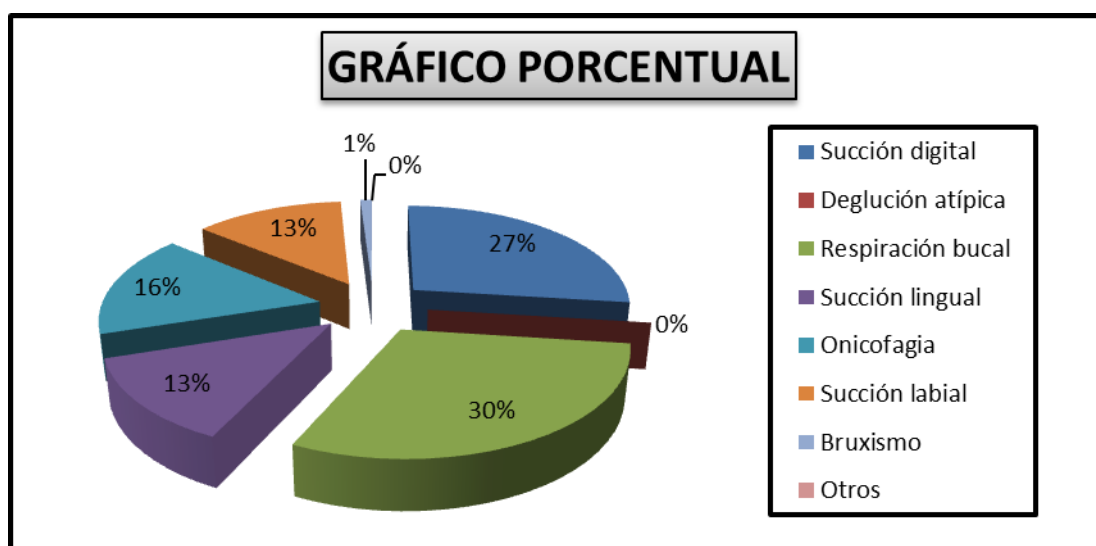
“Puede observarse caras cóncavas, caras rectas y caras convexas, tomando como referencia la glabella, el borde del labio superior y el mentón. Perfil recto: cuando los tres puntos de referencia están en una misma línea. Perfil convexo: va asociado a una clase II, y es normal es niños hasta los 20 años. Perfil cóncavo: va asociado a una clase III”.⁴⁸
(Pág. 77)

Lo que da como resultado que la mayoría de estudiantes al ser observados presentaron un perfil convexo, lo cual muchas veces resulta en una maloclusión clase II.

GRAFICUADRO N° 2

HÁBITO

ALTERNATIVAS	F	%
Succión digital	22	27
Deglución atípica	0	0
Respiración bucal	24	30
Succión lingual	11	13
Onicofagia	13	16
Succión labial	11	13
Bruxismo	1	1
Otros	0	0
Total	82	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 2 se pudo ver que de los 82 estudiantes de la escuela “Simón Bolívar” observados en el Patronato Municipal de Santa Ana, 22 de los estudiantes que corresponde al 27% tenían el hábito de **SUCCIÓN DIGITAL**; ninguno de los estudiantes presentaron el hábito de **DEGLUCIÓN ATÍPICA**; 24 de los estudiantes que corresponde al 30% tuvieron el hábito de **RESPIRACIÓN BUCAL**; 11 de los estudiantes que corresponde al 13% presentaron el hábito de **SUCCIÓN LINGUAL**; 13 de los estudiantes que corresponde al 16% tuvieron el hábito de **ONICOFAGIA**; 11 de los estudiantes que corresponde al 13% presentaron el hábito de **SUCCIÓN LABIAL**; 1 de los estudiantes que corresponde al 1% tuvo el hábito de **BRUXISMO**; mientras que ningún estudiante presentó **OTROS** tipos de hábitos.

Según el autor Mosby en su libro Diccionario de Odontología, segunda edición, pág., 309, dice:

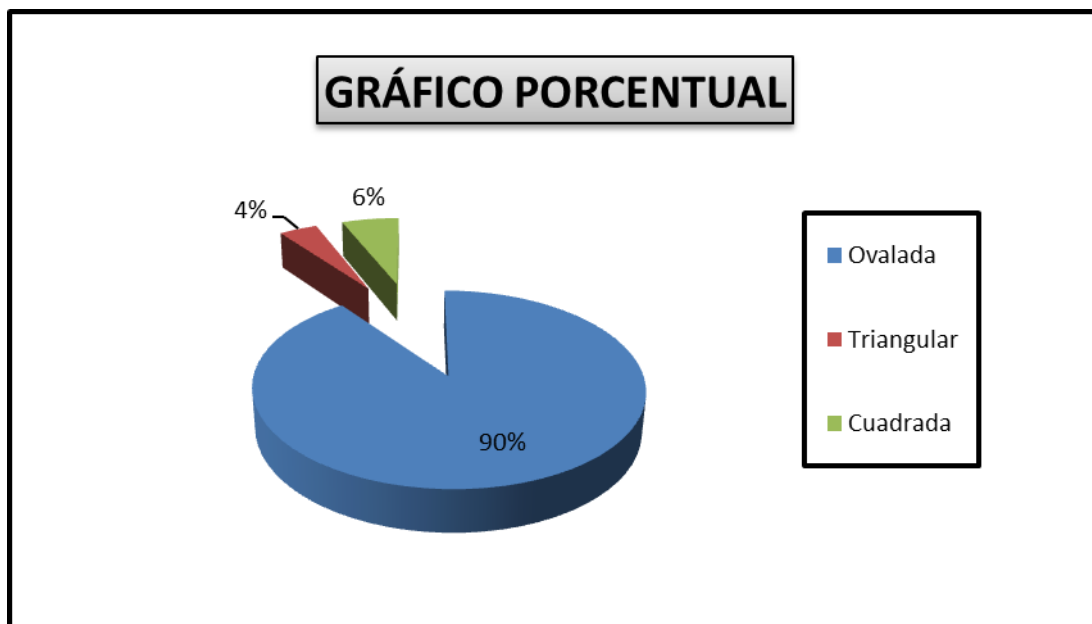
“Los hábitos como el bruxismo, rechinar, empujar con la lengua y morderse labios y mejillas pueden lesionar los dientes, el aparato de sujeción, la mucosa oral, la musculatura masticatoria y la articulación temporomandibular”. (Pág. 12)

Lo que da como resultado que la presencia de hábitos puede interferir en un futuro en la oclusión normal y todo el sistema que la conforma.

GRAFICUADRO N° 3

FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR SUPERIOR

ALTERNATIVAS	F	%
Ovalada	74	90
Triangular	3	4
Cuadrada	5	6
Total	82	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 3 se puede ver que de los 82 estudiantes de la escuela “Simón Bolívar”, que fueron observados en el Patronato Municipal Santa Ana, 74 de los estudiantes que corresponde al 90% presentaron una forma de la arcada del maxilar superior **OVALADA**; 3 de los estudiantes que corresponde al 4% tuvieron una forma de la arcada del maxilar superior **TRIANGULAR**; mientras que 5 de los estudiantes que corresponde al 6% presentaron una forma de la arcada el maxilar superior **CUADRADA**.

Según lo que dice el autor Tomás Graber en su libro Ortodoncia: Principios y Técnicas Actuales, p., 128, c., dice que=

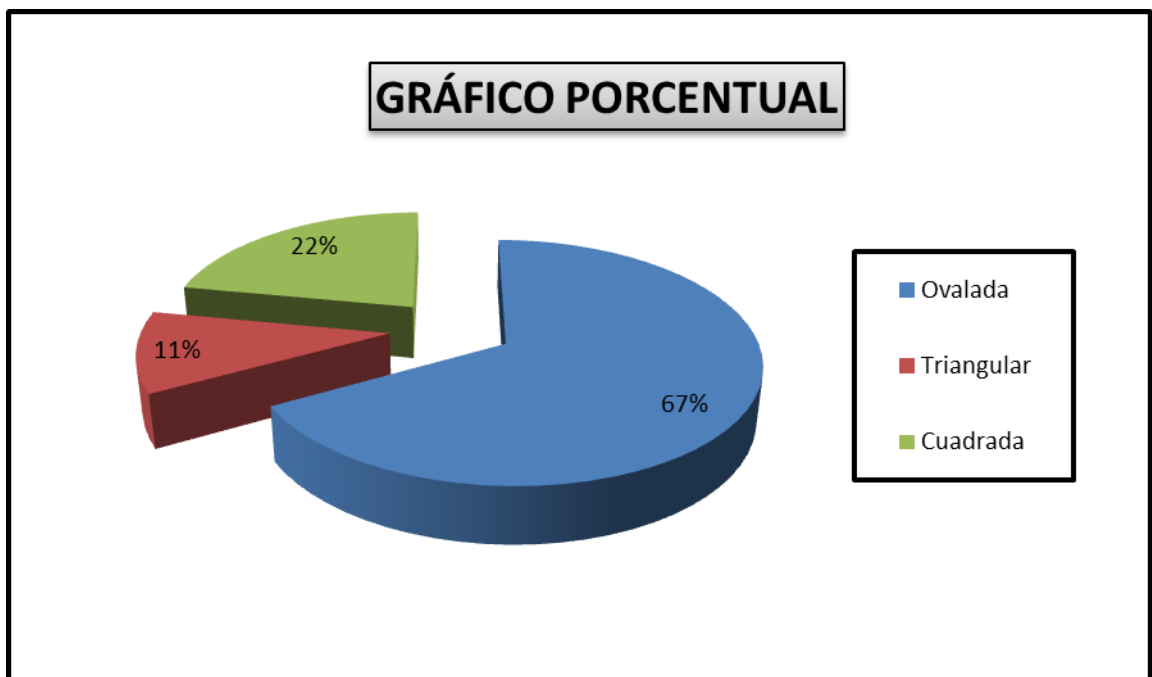
“El estrechamiento de la arcada superior se debe a una posición baja de la lengua, junto a una fuerza descompensada de compresión sobre los segmentos vestibulares de dicha arcada”. (Pág. 77)

Lo que da como resultado que la mayoría de estudiantes presentan una forma de la arcada del maxilar superior de forma ovalada, dando lugar a un paladar estrecho, dándose esto más por la presencia del hábito de succión digital e interposición lingual.

GRAFICUADRO N° 4

FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR INFERIOR

ALTERNATIVAS	F	%
Ovalada	55	67
Triangular	9	11
Cuadrada	18	22
Total	82	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 4 se puede verificar que de los 82 estudiantes de la escuela “Simón Bolívar” que fueron observados en el Patronato Municipal de Santa Ana, 55 de los estudiantes que corresponde al 67% presentaron una forma de la arcada del maxilar inferior **OVALADA**; 9 de los estudiantes que corresponde al 11% presentaron una forma de la arcada del maxilar inferior **TRIANGULAR**; 18 de los estudiantes que corresponde al 22% tuvieron una forma de la arcada del maxilar inferior **CUADRADA**.

Esto está relacionado con lo que dice la autora Paola Botero, en su libro Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar, pág. 31, c. 1:

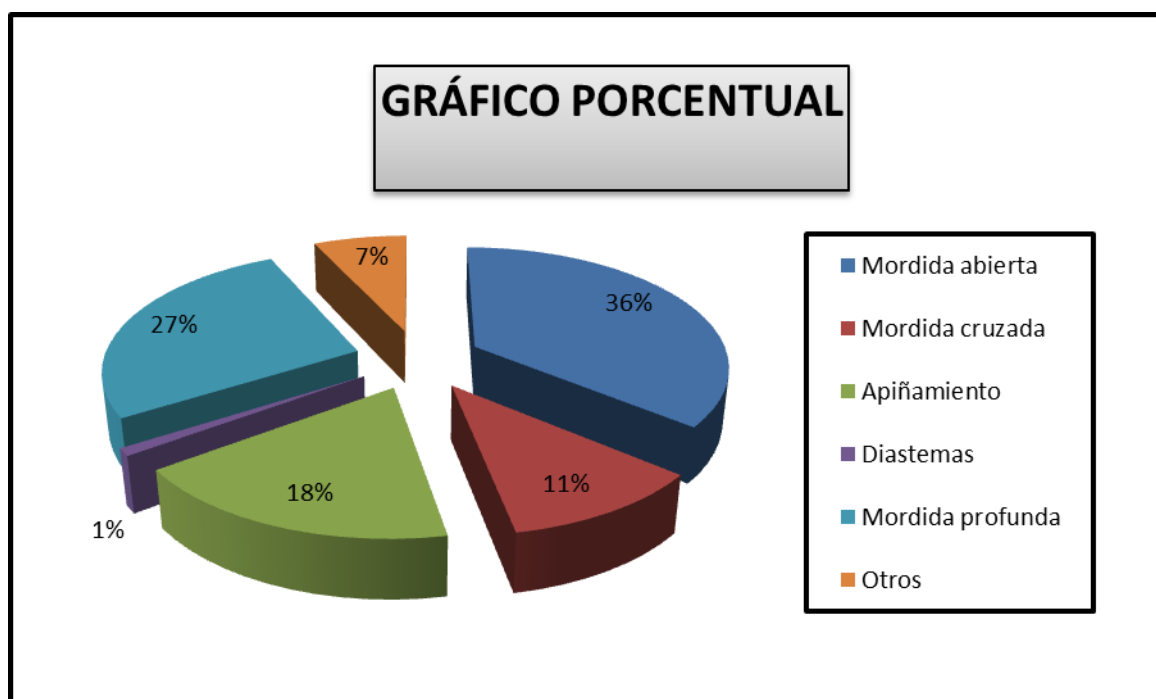
“Se determina si la forma de los arcos es igual para el superior y el inferior (ovalado, cuadrado o triangular). Si no son iguales, no habría simetría”. ^{49 (Pág. 77)}

Lo que da como resultado que no todos los estudiantes presentaron simetría o relación en la forma de los arcos del maxilar superior e inferior; encontrándose diferencias en un mismo niño, siendo la más predominante la de forma ovalada, seguida la de forma cuadrada y por último la triangular.

GRAFICUADRO N° 5

MALOCLUSIÓN

ALTERNATIVAS	F	%
Mordida abierta	29	36
Mordida cruzada	9	11
Apiñamiento	15	18
Diastemas	1	1
Mordida profunda	22	27
Otros	6	7
Total	82	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 5 se puede ver que de los 82 estudiantes de la escuela “Simón Bolívar” observados en el Patronato Municipal de Santa Ana, 29 de los estudiantes que corresponde al 36% presentaron **MORDIDA ABIERTA** como maloclusión; 9 de los estudiantes que corresponde al 11% tuvieron **MORDIDA CRUZADA** como tipo de maloclusión, 15 de los estudiantes que corresponde al 18% presentaron **APIÑAMIENTO**, 1 estudiante que corresponde al 1% presentó **DIASTEMAS**; 22 de los estudiantes que corresponde al 27% presentaron **MORDIDA PROFUNDA** como maloclusión; mientras 6 de los estudiantes que corresponde al 7% tuvieron **OTROS** tipos de maloclusión.

Según la autora Luz D' E. de Saturno en su libro Ortodoncia en dentición mixta, pág. 373, dice:

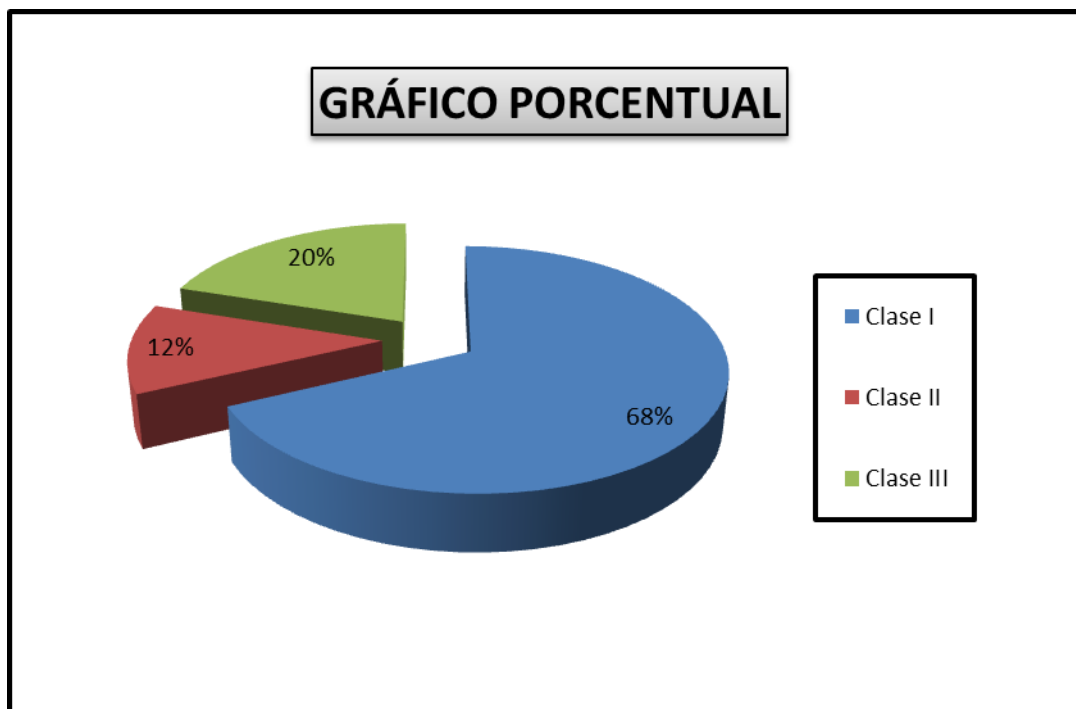
“Las maloclusiones tienen un comprobado origen multifactorial, algunos de los cuales pueden estar bajo nuestro control. Los factores etiológicos de más fácil identificación son los ambientales; entre ellos, la secuela de diferentes hábitos de presiones anormales como: succión del dedo o del labio”. (Pág. 53)

Lo que da como resultado que la presencia de maloclusiones son de origen multifactorial, siendo los hábitos parafuncionales los que mayores secuelas dejan.

GRAFICUADRO N° 6

TIPO DE MALOCLUSIÓN

ALTERNATIVAS	F	%
Clase I	56	68
Clase II	10	12
Clase III	16	20
Total	82	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela "Simón Bolívar".
Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N° 6 se puede ver que de los 82 estudiantes de la escuela “Simón Bolívar” observados en el Patronato Municipal de Santa Ana, 56 de los estudiantes que corresponde al 68% presentaron tipo de maloclusión **CLASE I**, 10 de los estudiantes que corresponde al 12% presentaron tipo de maloclusión **CLASE II**, mientras que 16 de los estudiantes que corresponde al 20% presentaron tipo de maloclusión **CLASE III**.

Según el autor William Proffit, en su libro de Ortodoncia Contemporánea, pág. 7, c. 1 dice:

“Obsérvese que la clasificación de Angle incluye cuatro categorías: oclusión normal, maloclusión clase I, maloclusión clase II y maloclusión clase III. La oclusión normal y la maloclusión clase I comparten la misma relación intermolar, pero difieren en la posición de los dientes en relación con la línea de oclusión. En las clases II y III la línea de oclusión puede ser correcta o incorrecta”. (Pág. 58)

Lo que da como resultado que la mayoría de estudiantes presentan maloclusión clase I que difieren en la posición de los dientes en relación con la línea de oclusión, seguida de maloclusión clase II y por último maloclusión clase III.

7.2 Conclusiones

Después del estudio realizado se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- Se identificó los hábitos parafuncionales causantes de maloclusión, presentando el hábito de respiración bucal 24 niños que corresponde al 30%; 22 niños presentaron el hábito de succión digital que corresponde al 27%; y por último 13 niños que corresponden al 16% presentaron el hábito de onicofagia.
- Se determinó que 56 de los niños que corresponde al 68% presentaron tipo de maloclusión CLASE I; 10 de los niños que corresponde al 12% presentaron tipo de maloclusión CLASE II; mientras que 16 de los niños que corresponde al 20% presentaron tipo de maloclusión CLASE III.
- Se relacionó que 29 niños que corresponde al 36% presentaron MORDIDA ABIERTA como maloclusión, asociada con el hábito de succión digital; 22 niños que corresponde al 27% presentaron MORDIDA PROFUNDA como maloclusión, asociada con el hábito de respiración bucal; y 15 niños que corresponden al 18% presentaron APIÑAMIENTO DENTAL como maloclusión, asociada con el hábito de onicofagia.

BIBLIOGRAFÍA

- RODRÍGUEZ YAÑEZ, Esequiel “1.001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos”: Hábitos Primera Edición. Colombia: Editorial Amolca, año 2007, p.272-300, c.8
- JIMÉNEZ R, María Amelia. Odontopediatría en Atención Primaria (I). España. Editorial Vértice, 2008. Tema 5: Oclusión, p.116. Tema 20: Prevención de traumatismos y Maloclusiones, p. 383-398
- PROFFIT, William. Ortodoncia Contemporánea: Etiología de los problemas ortodóncicos. Cuarta Edición, 2008. Barcelona-España. Sección II, p. 4-7-15, c.1-p.130-154-157, c.5
- ESCRIVÁN, Luz D`“ Ortodoncia en Dentición Mixta”. Editorial Amolca. Edición 2007, p.95-157-298-373
- RODRÍGUEZ, Esequiel. Ortodoncia Contemporánea: “Diagnóstico y Tratamiento”. Segunda Edición. Editorial Amolca, año 2008, p. 73-75-81-82, c.2; p. 265-269-276, c.9; p.293-294, c.10
- GRABER, Tomás. Ortodoncia: Principios y Técnicas Actuales. “Las vías respiratorias superiores y morfología craneal”. Elsevier España. Edición 2006, p.127-128, c.3: Genética y Ortodoncia
- OKESON, Jeffrey. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. Sexta Edición. Elsevier España, 2008, p.58 c.3
- MOSHOS A. Tratamiento Ortodóntico en pacientes de clase II no colaboradores: “Principios y Técnicas Actuales”. Edición 2007, p.9, sección I

- CAMERON, Angus. Manual de Odontología Pediátrica: Niños con problemas médicos. Tercera Edición. Elsevier Mosby. España, 2010, p.49, c.3; p.327, c.10
- MOSBY, Diccionario de Odontología. Segunda Edición. Elsevier Mosby. España, año 2009 p. 309-403-490
- ALBADALEJO MARTÍNEZ, Alberto. Libro de Prácticas Ortodoncia II. Primera Edición. España: abril 2010. Editorial Salamanca, p.11
- TAYLOR, Robert. Medicina de Familia: "Principios y Práctica". Sexta Edición. España. 2006. Editorial Masson .S.A. p.671, c.73: cavidad bucal
- NAVARRO VILA, Carlos. Cirugía Oral. España. Arán Ediciones, 2008., p.311-312, c.21
- HARFIN, Julia. Ortodoncia Lingual: Procedimientos y Aplicación Clínica". Editorial Médica Panamericana, 2010., p.213-214, c.9
- PALMA CÁRDENAS, Ascención. Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. Ediciones Paraninfo, S.A. 2010., p.298-299, c.14
- SAPP, Philip, Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Segunda Edición. Mosby, 2006
- FERRO, María Beatriz. Fundamentos de la Odontología "Periodoncia". Segunda Edición. 2007., p.223-224, c.8
- WIENER, Jerry. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Editorial Masson. 2006, p. 31, c.2
- BORT, Julie. Mamá Culpable: Aprenda a preocuparse menos, concéntrese en lo más importante y críe hijos más felices. Editorial Norma. 2006, p.65-67

- RODRÍGUEZ YAÑEZ, Esequiel. De la Impresión a la Activación en Ortodoncia y Ortopedia. Editorial Amolca. Edición año 2011, p.50, c.2
- BOTERO, Paola. "Manual para realización de Historia Clínica Odontológica del Escolar". Primera Edición. Colombia-Medellín. Edición 2007, p.31, c.1: Manual de Historia Clínica
- GARCÍA, Ana. No quiero lavarme los dientes: "La Salud de nuestros hijos". Ediciones ceac. España (Barcelona) 2007, p.126-127
- TORRES CUECO, Rafael. La Columna Cervical: Evaluación Clínica y Aproximaciones Terapéuticas. "Principios Anatómicos y Funcionales, Exploración Clínica y Técnicas de Tratamiento". Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires-Madrid. 2008, p.147, c.4
- CANO ROSÁS, Mónica. Libro de Practicas Ortodoncia I. Primera Edición. Ediciones Salamanca. España, abril 2010, p.15
- SILVESTRE, Francisco J. Odontología en Pacientes Especiales. Universidad de Valencia. 2007, p.272, c.12
- WARD, Robert C. "Fundamentos de Medicina Osteopática". Consideraciones Osteopáticas en el ejercicio de la medicina familiar y en la atención primaria Segunda Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2006. Parte V, p.346
- BORRÁS, Salvador. Logopedia e Intervención. Guía para la reducción de la Deglución Atípica y Trastornos Asociados. Editorial Nau Libres. 2005, p,34

- Ediciones del Consejo de desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad de Carabobo. “La Investigación en el siglo XXI”: Oportunidades y Retos. Sexto Congreso de Investigación. 2009, p. 124, Vol. 1

- <http://www.slideshare.net/andreab1301/maloclusiones>
- <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art7.asp>
- <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
- http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol10_1_95/ord10195.htm
- <http://www.buenastareas.com/ensayos/Habitos-Bucales-Infantiles/924462.html>
- <http://www.monografias.com/trabajos47/ortodoncia/ortodoncia2.shtml>
- <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852011000200003&script=sci_arttext
- <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art32.asp>
- <http://www.uptownsmiles.com/SPmalocclusion.htm>
- <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/art11.asp>
- <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
- <http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosoral58.htm>
- http://mural.uv.es/carloga2/trabajo_texto.html
- <http://www.salvadorinsignares.com/programaonline/programarehabilitacion/atm/etiologia.htm>
- <http://simef.univalle.edu.co/colombiamed/VOL32NO3/rejilla.htm>
- http://www.saludalia.com/saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_habitos_dientes1
- http://www.zonaortodoncia.com/malocclusion_clas.htm

- <http://www.monografias.com/trabajos76/metodo-tratamiento-habitos-bucales-deformantes.shtml>

**P
R
O
P
U
E
S
T
A**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

“Capacitación sobre como prevenir hábitos parafuncionales, a través de charlas educativas que mejoren las relaciones afectivas de los padres con los niños”

ENTIDAD EJECUTORA

Departamento de Odontología del Patronato Municipal del cantón Santa Ana.

CLASIFICACIÓN

Tipo Social de Orden Educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

El Patronato Municipal se encuentra ubicado en la ciudadela Vuelta Larga de Santa Ana, detrás de la Policía Nacional.

Sus límites son:

Al Norte: Primera transversal

Al Sur: Calle Ángel Rafael Álava

Al Este: Destacamento de la Policía Nacional

Al Oeste: Cuerpo de Bomberos

2. JUSTIFICACIÓN

Por los resultados obtenidos en la investigación se pudo apreciar según la información que aportaron los padres de familia acerca de los diferentes tipos de hábitos parafuncionales que practican sus hijos, que existe una deficiente cultura y además falta de conocimiento e importancia tanto de la prevención en odontología y de como debería ser el trato hacia sus hijos y darles la debida atención a sus problemas emocionales, que muchas veces afectan su comportamiento y así provocan la práctica de malos hábitos como una forma de defensa o desahogo para sentirse más seguros a través de estos, pero que en un futuro van a desencadenar en problemas de maloclusión y hasta deformaciones esqueléticas.

La elevada prevalencia de maloclusiones que afecta hoy en día desde edades muy tempranas por malos hábitos desde la infancia se debe a la inexistencia de investigación, servicios y programas de ortodoncia preventiva Es por esto, que esta propuesta beneficiará sobre todo a los niños que estudian en la escuela “Simón Bolívar” y a los padres de familia de cada uno de ellos, ya que van a adquirir los conocimientos necesarios y oportunos, los cuales podrían poner en práctica para prevenir malos hábitos orales causante de maloclusiones.

3. MARCO INSTITUCIONAL

La Ilustre Municipalidad del cantón Santa Ana, en uso de las atribuciones que concede la Ley del Régimen Municipal, a través de una ordenanza, creó el

Patronato Municipal de Amparo Social, el 6 de mayo del 2003, con el fin de prestar servicios a favor de los grupos sociales más vulnerables.

En sus inicios solo contaba con una computadora, su atención se enfocaba en las personas más vulnerables del cantón y sus parroquias, dando énfasis a la atención preventiva con calidad y calidez, ampliando las coberturas de atención en todos los niveles. El 17 de abril del 2008 se inaugura el establecimiento del centro de rehabilitación física, médica y odontológica, con el aporte del CONADIS.

Actualmente esta institución cuenta con un centro de rehabilitación física y médico odontológico; este centro de salud cuenta con una sala de espera, un consultorio odontológico y baños en diferentes departamentos. Los gastos de esta institución son parte del presupuesto anual del Municipio del cantón Santa Ana.

Su visión es lograr la participación de todos los sectores sociales para mejorar tanto la infraestructura como la cantidad y calidad de las medicina con el apoyo de la comunidad, el Municipio del cantón y el Ministerio de Salud pública para poder dar un mejor servicio de salud promoviendo acciones que sean en beneficio de los más necesitados logrando una atención con calidad con servicio social.

4. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Disminuir hábitos parafuncionales en niños de 5 a 12 años de edad de la escuela "Simón Bolívar".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Resaltar la importancia de la relación afectiva entre padres e hijos para mejorar la atención que los padres deben brindar a sus hijos.
- Brindar información sobre los distintos tipos de tratamientos para la corrección de maloclusiones causadas por los hábitos parafuncionales.
- Inculcar a los niños, la importancia del autocuidado y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de su salud bucal y general, la formación de estos estilos de vida en las edades tempranas, la educación de los padres como elemento fundamental, así como el rol del personal de educación y todo aquel que en su contacto directo con el niño impulse este trabajo.

5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Considerando el alto índice de maloclusiones causadas por la práctica de hábitos parafuncionales y la falta de conocimiento de medidas de prevención odontológica que tienen los padres de familia y educadores, se realizó esta propuesta, la cual está encaminada a prevenir maloclusiones, reconociendo a tiempo los malos hábitos causantes de éstas; y así estableciendo una mejor relación de padres a hijos.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos son los niños que estudian en la escuela "Simón Bolívar", atendidos en el Patronato Municipal del cantón Santa Ana, y los beneficiarios indirectos son los padres de familia.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta contó con dos etapas:

Primera etapa.-

Se realizó la socialización de los resultados obtenidos de la investigación, para coordinar las charlas educativas.

Segunda etapa.-

1. Se elaboró el material de apoyo con las que se brindaron las charlas.
2. Se diseñó la gigantografía.
3. Se les hizo la entrega a la institución como material educativo para los docentes de la escuela, con una charla educativa para brindar conocimientos de como disminuir los hábitos parafuncionales de los niños.
4. Se realizaron las charlas educativas, a través de trípticos para los padres de familia y niños con los siguientes temas:
 - Mejorar las relaciones afectivas de padres a hijos.
 - Presencia de hábitos parafuncionales.
 - Presencia de maloclusiones
 - Tratamientos de los hábitos parafuncionales.

8. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

CRONOGRAMA	Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Socialización de los resultados obtenidos en la Investigación.		X						
Elaboración de la Gigantografía y trípticos.			X					
Charla educativa a los docentes y entrega de la gigantografía.				X				
Charla educativa a los padres de familia a través de trípticos.					X			

9. PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO O AUTOGESTIÓN
Gigantografía (banner)	1	Unidad	75	75	Autogestión
Trípticos	100	Unidad	0,04	4,00	Autogestión
Sub total				71,10	
Imprevisto 10% del gasto total				7.90	
Total	101			79,00	

10. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con el apoyo del personal del Patronato Municipal del cantón Santa Ana y de la escuela “Simón Bolívar” para realizar las actividades propuestas a futuro, mediante un acta de compromiso, en donde el personal docente se compromete a continuar con charlas educativas periódicas, para disminuir los hábitos parafuncionales en los niños. Además esta propuesta es sostenible por el interés demostrado por los padres de familia para disminuir los hábitos parafuncionales.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

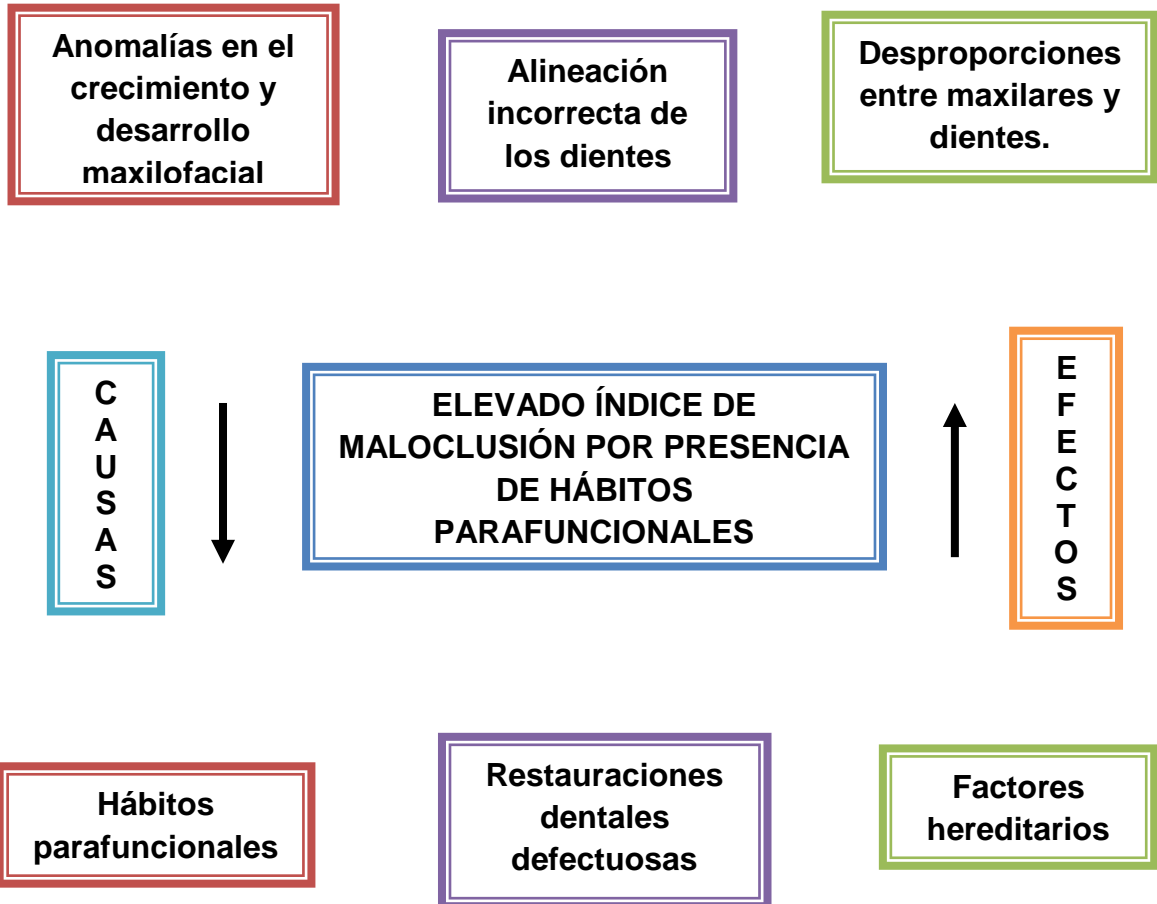
Esta propuesta es financiada en su totalidad por la autora de la misma.

A N E X O S

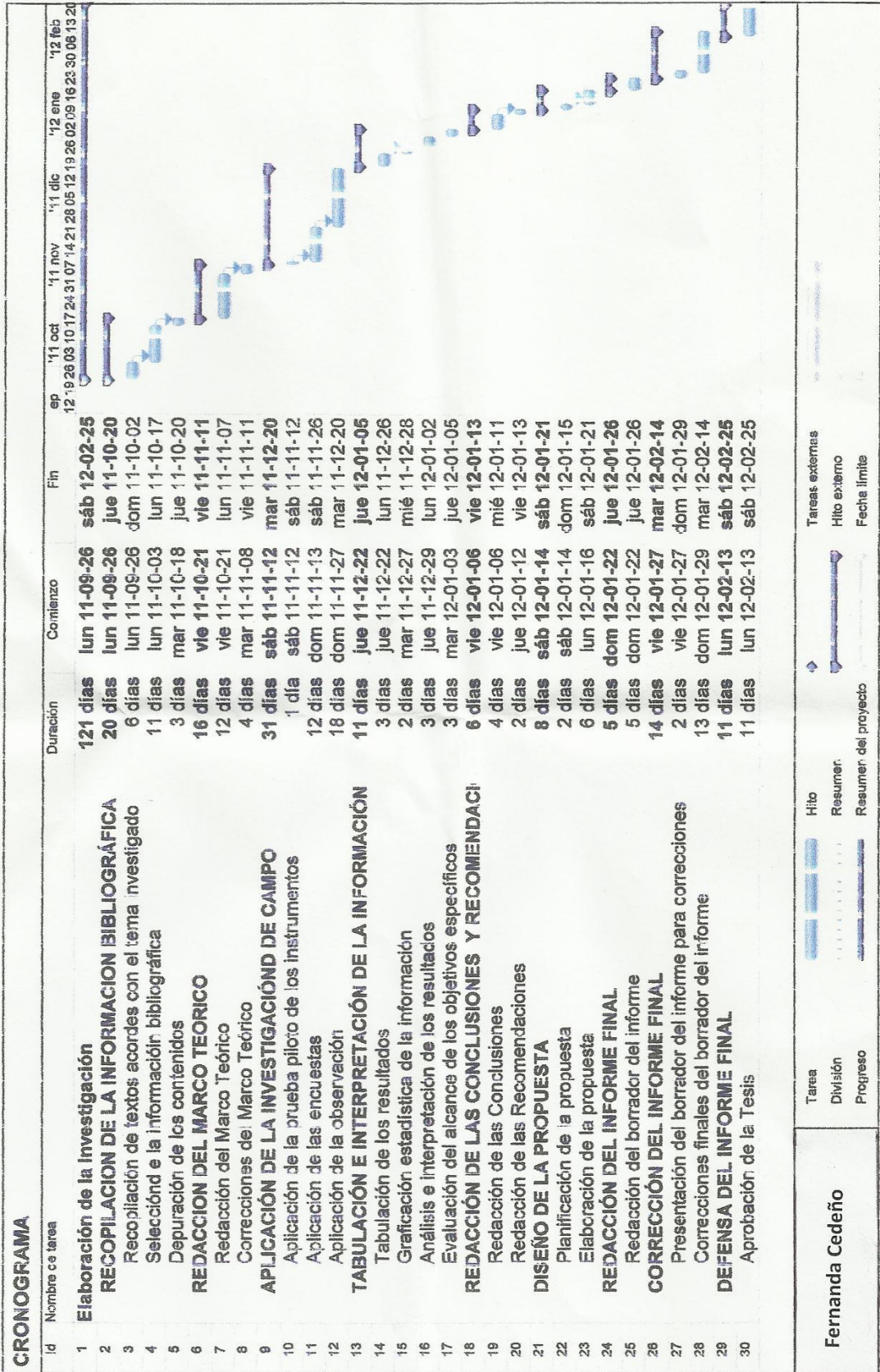
A N E X O

1

ÁRBOL DEL PROBLEMA



CRONOGRAMA



PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
COMPUTADORA	1	Unidad	900,00	900,00	900,00	
FOTOCOPIAS	2000	Unidad	0,03	60,00	60,00	
PAPEL	2	Resma	4,50	9,00	9,00	
INTERNET	1000	Mbps	0,10	100,00	100,00	
TINTA NEGRO	2	Tóner	37,00	74,00	74,00	
TINTA COLOR	2	Tóner	41,00	82,00	82,00	
CD	2	Unidad	0,75	1,50	1,50	
RESALTADOR	1	Unidad	1,00	1,00	1,00	
CORRECTOR	1	unidad	1,00	1,00	1,00	
LAPICERO	1	unidad	0,25	0,25	0,25	
BOLÍGRAFOS	2	unidad	0,45	0,90	0,90	
CUADERNO	1	unidad	2,88	2,88	2,88	
CARPETAS	5	Unidad	0,15	0,75	0,75	
TABLERO PORTA HOJA	1	Unidad	3,50	3,50	3,50	
PEN DRIVE	1	unidad	10,00	10,00	10,00	
VIÁTICOS		Dólar		250,00	250,00	
GUANTES	2	Caja	8,00	16,00	16,00	
BABEROS	60	Unidad	0,15	9,00	9,00	
PORTA BABEROS	2	Unidad	2,50	5,00	5,00	
CAMPOS DE TELA	5	Unidad	1,00	5,00	5,00	
GORROS	1	Paquete	10,00	10,00	10,00	
DESCARTABLES						
MASCARILLAS	1	Caja	4,00	4,00	4,00	
ESPEJOS BUCALES	10	Dólar	1,50	15,00	10,00	
EXPLORADORES BUCALES	10	Dólar	1,50	15,00	8,00	
ANILLADOS	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
EMPASTADOS	4	Unidad	5,00	20,00	20,00	
SUBTOTAL				1.601,78		
IMPREVISTOS				160,17		
Total				1.761,95		

A N E X O 2

RECOLECCIÓN DE DATOS
FORMULARIO DE ENCUESTAS



“UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

1.- ¿Qué hábito presenta su hijo?

Succión del dedo	<input type="checkbox"/>
Succión labial	<input type="checkbox"/>
Respiración bucal	<input type="checkbox"/>
Interposición lingual	<input type="checkbox"/>
Onicofagia	<input type="checkbox"/>
Bruxismo	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

2.- ¿En qué momentos ha visto a su hijo realizar el hábito?

En momentos de ocio	<input type="checkbox"/>
Cuando está aburrido	<input type="checkbox"/>
Todo el día	<input type="checkbox"/>
Al dormir	<input type="checkbox"/>
En momentos de tensión	<input type="checkbox"/>
En otros momentos	<input type="checkbox"/>

3.- ¿Con qué frecuencia realiza el hábito su hijo?

Una vez al día	<input type="checkbox"/>
Dos veces al día	<input type="checkbox"/>
Tres o más veces al día	<input type="checkbox"/>

4.- ¿Cuánto dura su hijo realizando el hábito?

Segundos	<input type="checkbox"/>
Minutos	<input type="checkbox"/>
Horas	<input type="checkbox"/>

5.- ¿Con qué intensidad realiza el hábito su hijo?

Poco intensa	<input type="checkbox"/>
Intensa	<input type="checkbox"/>

6.- ¿Desde qué edad empezó el hábito su hijo?

Desde el nacimiento	<input type="checkbox"/>
Al primer año de edad	<input type="checkbox"/>
Más de dos años	<input type="checkbox"/>

7.- ¿Por qué cree usted que presenta o ha desarrollado el hábito su hijo?

Por placer	<input type="checkbox"/>
Por instinto	<input type="checkbox"/>
En defensa	<input type="checkbox"/>
Por herencia	<input type="checkbox"/>
Lo adquirió	<input type="checkbox"/>
Por imitar	<input type="checkbox"/>

8.- ¿Presenta su hijo alguna obstrucción funcional o anatómica que le dificulte la respiración?

Adenoides	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>
Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/>
Alergias respiratorias	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>

9.- ¿Se ha dado cuenta si su hijo respira por la boca?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

10.- ¿Se ha percatado si su hijo permanece con la boca abierta?

Durante el día y la noche	<input type="checkbox"/>
Solo durante la noche	<input type="checkbox"/>
No presenta el hábito	<input type="checkbox"/>

11.- ¿Ha visto si su hijo tiene los labios agrietados o resecos?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

FICHA DE OBSERVACIÓN



“UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIJEJO” CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Nombre y Apellido _____

Edad _____ Teléfono _____

Sexo: F M

PERFIL

Recto
Cóncavo
Convexo

HÁBITOS

Succión Digital	<input type="checkbox"/>	Onicofagia	<input type="checkbox"/>
Deglución Atípica	<input type="checkbox"/>	Quelofagia	<input type="checkbox"/>
Respirador Bucal	<input type="checkbox"/>	Bruxismo	<input type="checkbox"/>
Succión Lingual	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR SUPERIOR

Ovala
Triangular
Cuadrada

FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR INFERIOR

Ovala
Triangular
Cuadrada

MALOCCLUSIÓN

Mordida abierta
Mordida cruzada
Apiñamiento
Diastemas
Mordida profunda
Otros

TIPO DE MALOCCLUSIÓN

Clase I
Clase II
Clase III

A N E X O

3



NIÑO DISTRAÍDO, PREOCUPADO DEBIDO MUCHAS VECES A PROBLEMAS FAMILIARES, LO QUE INDUCE AL HÁBITO



PRESENCIA DE HÁBITOS COMO CONSECUENCIA DE UNA FALTA DE AMAMANTAMIENTO CORRECTO

HÁBITOS MÁS FRECUENTES

SUCCIÓN DIGITAL

Pág. # 18



RESPIRACIÓN BUCAL

Pág. # 35



ONICOFAGIA

Pág. # 45



MALOCCLUSIONES CAUSADAS POR LOS HÁBITOS



Pág. # 74

MORDIDA PROFUNDA



Pág. # 74

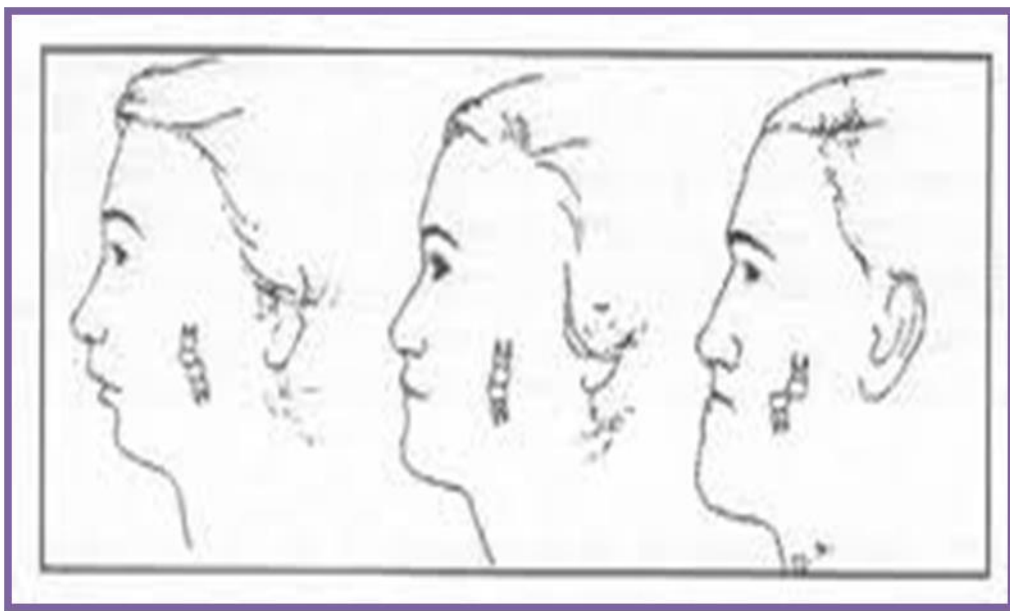
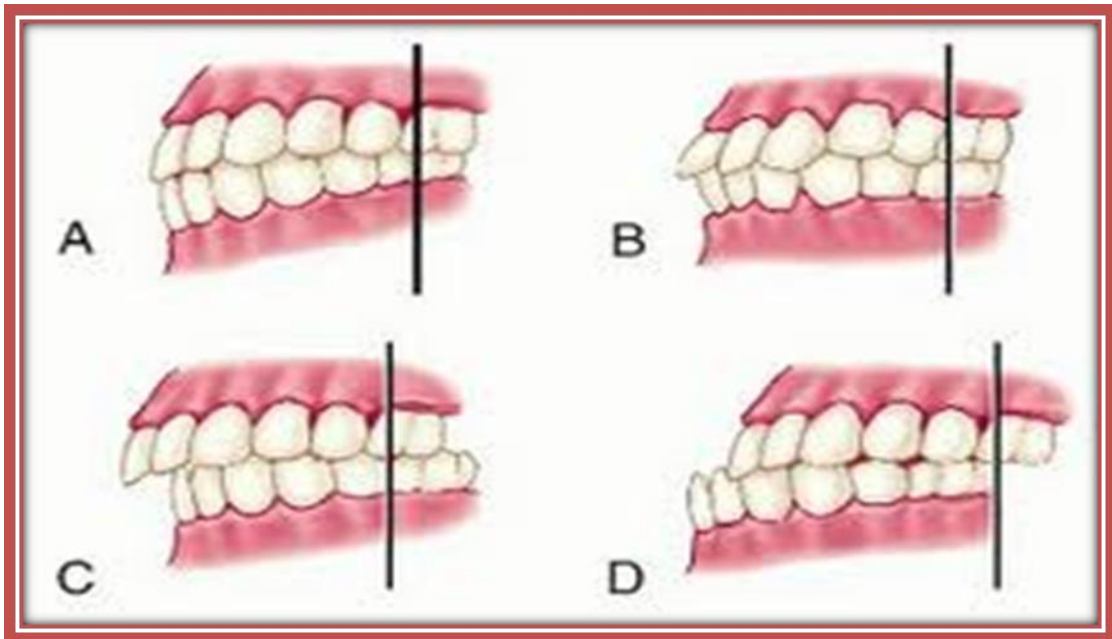
MORDIDA ABIERTA



Pág. # 61

APIÑAMIENTO





A N E X O

4



Escuela Educativa “Simón Bolívar”



Patronato Municipal del cantón Santa Ana



Realizando las encuestas a los padres de familia de los niños que estudian en la escuela “Simón Bolívar”





Realizando las fichas de observación a los estudiantes de la escuela “Simón Bolívar”, que fueron atendidos en el Patronato Municipal de Santa Ana.





Charla Educativa al personal docente de la escuela “Simón Bolívar” a través de la gigantografía, y entrega de trípticos.





**Entrega de la gigantografía al Rector de la escuela
“Simón Bolívar”**



**Entrega de Tríptico al Rector de la escuela “Simón
Bolívar”**



Charla Educativa a los padres de familia, a través de los Trípticos.





Entrega de trípticos a los padres de familia.





Entrega de trípticos al personal del Patronato Municipal de Santa Ana



Entrega de tríptico a la Presidenta del Patronato Municipal de Santa Ana.

Hábitos Parafuncionales que causan Maloclusión

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente.

CAUSAS

Los hábitos pueden manifestarse en:

- Momentos de estrés
- Fatiga o aburrimiento
- Tristeza
- Inmadurez emocional
- Falta de atención en las aulas
- Tensiones en el entorno familiar

RECOMENDACIONES

- Los padres y los proveedores de salud pueden ayudar a los niños afectando mucho menos emocionalmente a diferentes momentos.
- Empiece a quitar la costumbre del hábito poco a poco. Explíquelo que necesita quitar la costumbre para que le salgan los dientes derechos.
- A menudo los niños realizan el hábito porque se sienten inseguros o cuando necesitan ser reconfortados. Conviértase en un amigo de sus emociones y enseñe a soñar.
- Albale los esfuerzos del niño y prométele cuando no realice el hábito. Ofrecerle palabras de ánimo, fíjale una carita o dibujo en esos momentos en los que no practique el hábito. Hágale saber que usted se da cuenta del esfuerzo que el niño está haciendo para quitar la costumbre y que usted lo aprecia mucho.

CONSEJOS PARA LOS PADRES

Ciertos hábitos pueden actuar como factores causales del desarrollo de maloclusiones dentales que puede verse influido el crecimiento óseo y el desarrollo dentario, pudiendo estar maloclusiones estar perturbada o alterada según el tipo facial del individuo.

TRATAMIENTOS

Cuando se trata maloclusiones adquiridas producidas por hábitos pueden emplearse en su mayoría aparatos que contienen elementos activos que los hacen los movimientos que se piden. No hay que olvidar que un tratamiento ortodóncico puede requerir de un equipo multidisciplinario en función de las técnicas ortodóncicas empleadas.

En casos de maloclusiones causadas por la presencia de un maloclusión, se requiere un tratamiento ortodóncico para la eliminación de hábitos.

Formadora Estética KAPPA

Hábitos Parafuncionales que causan Maloclusión

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente.

CAUSAS

Los hábitos pueden manifestarse en:

- Momentos de estrés
- Fatiga o aburrimiento
- Tristeza
- Inmadurez emocional
- Falta de atención en las aulas
- Tensiones en el entorno familiar

RECOMENDACIONES

- Los padres y los proveedores de salud pueden ayudar a los niños afectando mucho menos emocionalmente a diferentes momentos.
- Empiece a quitar la costumbre del hábito poco a poco. Explíquelo que necesita quitar la costumbre para que le salgan los dientes derechos.
- A menudo los niños realizan el hábito porque se sienten inseguros o cuando necesitan ser reconfortados. Conviértase en un amigo de sus emociones y enseñe a soñar.
- Albale los esfuerzos del niño y prométele cuando no realice el hábito. Ofrecerle palabras de ánimo, fíjale una carita o dibujo en esos momentos en los que no practique el hábito. Hágale saber que usted se da cuenta del esfuerzo que el niño está haciendo para quitar la costumbre y que usted lo aprecia mucho.

CONSEJOS PARA LOS PADRES

Ciertos hábitos pueden actuar como factores causales del desarrollo de maloclusiones dentales que puede verse influido el crecimiento óseo y el desarrollo dentario, pudiendo estar maloclusiones estar perturbada o alterada según el tipo facial del individuo.

TRATAMIENTOS

Cuando se trata maloclusiones adquiridas producidas por hábitos pueden emplearse en su mayoría aparatos que contienen elementos activos que los hacen los movimientos que se piden. No hay que olvidar que un tratamiento ortodóncico puede requerir de un equipo multidisciplinario en función de las técnicas ortodóncicas empleadas.

En casos de maloclusiones causadas por la presencia de un maloclusión, se requiere un tratamiento ortodóncico para la eliminación de hábitos.

Formadora Estética KAPPA

Así luce la gigantografía en la escuela "Simón Bolívar"