



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema:

Hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris
en la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo - junio de 2015.

Autora.

Miriam Ivette López Araujo.

Directora de Tesis.

Odo. Yohana Macías Yen Chong Mg.Gs.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Certifico que la egresada, Miriam Ivette López Araujo, ha culminado su tesis de grado, titulada: Hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris en la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo - junio de 2015, la misma ha sido realizada bajo mi dirección y asesoramiento.

Odo. Yohana Macías Yen Chong Mg.Gs.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos miembros del tribunal examinador de la tesis titulada: Hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris en la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo - junio del 2015. Certificamos que el trabajo es presentado y realizado por la egresada Miriam Ivette López Araujo, quien ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg.Gs.

Coordinadora de la carrera.

Odo. Yohana Macías Yen Chong Mg.Gs.

Directora de tesis.

Dra. Katuska Briones Solórzano Mg.Ge.

Miembro del tribunal.

Odo. Jorge Mendoza Robles Mgtr.Gs.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUDITORÍA.

La abajo firmante, en calidad de estudiante de la carrera de Odontología, declara que los contenidos de esta tesis de investigación científica, requisito previo a la obtención del título de Odontóloga, es original, auténtica, personal y de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora. Además, cedo mis derechos de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Miriam Ivette López Araujo.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida, por haberme permitido llegar a estas instancias de mi vida. A mis padres Vicente López Vélez y Miriam Araujo Carrera, fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional, por ser los motivadores principales y quienes me llenan de orgullo cada día. Doy gracias a personas importantes para mí; a la familia Álava Mendoza por ser como una segunda familia y por estar dispuestos a ayudarme en todo momento y por amarme como a una hija. Hago reconocimiento a mis compañeros que hicieron de estos años de estudio algo más ligero y divertido.

De igual manera a mis maestros que me han formado y brindado sabios consejos a lo largo de mi formación profesional. Al Odo. Jorge Mendoza, quien me brindó su ayuda desde el desarrollo de mi proyecto de tesis y por siempre aportar con sus conocimientos; a la Odo. Yohana Macías, con quien he contado con su apoyo constante y dedicación en esta tesis y por la confianza que tuvo en mí. Mi más sincera gratitud a mi colegio, la Unidad Educativa Arco Iris, por abrirme las puertas nuevamente y permitirme realizar mi investigación y darme una ayuda incondicional. Finalmente, agradezco a la Universidad San Gregorio de Portoviejo por todos los conocimientos que me ha otorgado.

Miriam Ivette López Araujo

DEDICATORIA.

Que todo lo que soy alabe al Señor. Salmos 146:1.

Dedico este logro principalmente a Dios el autor de la vida, quien me fortalece en mis debilidades y quien es mi roca protectora; porque he comprendido que lejos de él nada soy.

El orgullo de los padres son los hijos. Proverbios 17:6.

A mis padres Vicente y Miriam por su amor, trabajo y sacrificio, gracias a ustedes he logrado todo lo que me he propuesto, es un privilegio ser su hija, son los mejores padres.

Por encima de todo, vístanse de amor, que es el vínculo perfecto. Colosenses 3:14.

A mi amado esposo Gabriel gracias por su comprensión, por su apoyo, por su gran amor, por brindarme el tiempo necesario para poder realizarme profesionalmente y porque siempre estuvo alentándome para alcanzar esta meta.

No hay nada más bello ni más agradable que ver a los hermanos vivir juntos y en armonía. Salmos 133:1.

Y por ultimo y no menos importante quiero dedicarles este logro a mis hermanos mi mayor orgullo y ejemplos a seguir de perseverancia, de constancia y de amor gracias por ser un ejemplo para mí y ser esos verdaderos amigos incondicionales a Uds. Ximena, Eric y mi princesa Isabella les dedico también este logro.

Miriam Ivette López Araujo.

RESUMEN.

Los hábitos bucales son acciones repetidas que se dan de manera consciente y transformarse en actos inconscientes. Estos hábitos se consideran fisiológicos cuando el niño o niña los realiza hasta los 3 años, pero si el hábito persiste más allá de los 3 años, el hábito se convierte en una parafunción, que lleva como consecuencia las alteraciones dental y esquelética oro - facial. La importancia del estudio radicó en caracterizar la presencia de los hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Para lograrlo, fue necesario identificar la presencia de hábitos bucales parafuncionales por medio de las variables demográficas.

Para alcanzar este objetivo se utilizaron fichas de observación con los estudiantes de 4 a 7 años, y encuestas a sus representantes. El universo de estudio incluyó 115 personas, donde se determinó los hábitos bucales parafuncionales, tomando en cuenta la operacionalización de variables. La onicofagia es el hábito que se encontró con mayor prevalencia. El rango de edad predominante fue de 5 años y el género femenino fue el que tuvo mayor incidencia del hábito.

Palabras claves: Hábitos, bucales, parafunción, niños, niñas, onicofagia, edad y sexo.

ABSTRACT.

Oral habits are repeated actions in the mouth that come about in a consciously way and become unconscious acts. These acts are considered physiological when the child has the habit until he/she is 3 years old, but if the habit persists beyond three years, the habit becomes a parafunction that leads to consequences as the Dental and Skeletal Oral-Facial alterations. The importance of the study resided in characterizing the presence of Oral parafunctional habits in children from Unidad Educativa Arco Iris. To achieve this, it was necessary to identify the presence and prevalence of Oral parafunctional habits in children through demographic variables.

In order to achieve this objective, it was necessary to use observation sheets with the students from 4 to 7 years old and polls with their representatives. The studied universe included 115 people, where the Oral parafunctional habits were determined, taking into consideration the operationalization of variables. Onychophagy is the habit with the highest prevalence. The predominant rank of age was 5 years old and the female gender was the gender the highest prevalence of the habit.

Keywords: Habits, oral, parafunctional, children, onychophagy, age, sex.

INDICE

Certificación de la directora de tesis.	I
Certificación del tribunal examinador.	II
Declaración de auditoría.	III
Agradecimiento.	IV
Dedicatoria.	V
Resumen.	VI
Abstract.	VII
Índice.	VIII
Introducción.	1
Capítulo I.	3
Problematización.	3
1.1. Tema.	3
1.2. Formulación del problema.	3
1.3. Planteamiento del problema.	3
1.3.1. Preguntas de investigación.	5
1.4. Delimitación de la investigación.	5
1.5. Justificación.	5
1.6. Objetivos.	7
1.6.1. Objetivo general.	7
1.6.1. Objetivos específicos.	7
Capítulo II.	8
Marco Teórico Referencial y Conceptual.	8

2.1.	Hábitos bucales parafuncionales.	8
2.1.1.	Definición General.....	8
2.1.2.	Etiología.....	9
2.1.3.	Tipos de Hábitos.....	11
2.1.4.	Factores que contribuyen a la severidad el hábito.....	12
2.2.	Succión digital.	13
2.3.	Succión labial.	15
2.4.	Deglución atípica.....	16
2.5.	Bruxismo Infantil.....	17
2.6.	Respiradores orales.....	20
2.7.	Onicofagia.	21
2.8.	Interposición Lingual.....	23
2.9.	Hábito de la masticación.	24
	Consecuencias.....	25
	Tratamiento.....	26
	Unidades de observaciones y análisis.....	27
	Variable.....	27
	Matriz de operacionalización de las variables.....	27
	Capítulo III	28
3.	Marco Metodológico.	28
3.1.	Modalidad y tipo de investigación	28
3.2.	Métodos	28
3.3.	Técnicas.	28

3.4.	Instrumentos.....	29
3.5.	Marco administrativo.....	29
3.5.1.	Talento Humano.....	29
3.5.2.	Recursos materiales.....	29
3.5.3.	Recursos tecnológicos.....	29
3.5.4.	Económicos.....	29
3.6.	Población y muestra.....	29
	Criterio de inclusión.....	30
	Criterio de exclusión.....	30
3.7.	Recolección de la información.....	30
3.8.	Procesamiento de la información.....	30
3.9.	Consideraciones Éticas.....	30
	Capítulo IV.....	31
4.	Análisis e Interpretación de resultados.....	31
	Capítulo V.....	64
5.	Conclusiones y recomendaciones.....	64
5.1.	Conclusiones.....	64
5.2.	Recomendaciones.....	65
	Capítulo VI.....	66
5.	Propuesta Alternativa.....	66
6.1.	Datos Informativos.....	66
6.1.1.	Titulo de la propuesta.....	66
6.1.2.	Entidad ejecutora.....	66
6.1.3.	Descripción de los beneficiarios.....	66

6.1.4. Clasificación	66
6.1.5. Ubicación sectorial y física.	66
6.2. Introducción.....	67
6.3. Justificación.....	67
6.4. Marco Referencial.	67
6.5. Objetivos.....	67
6.5.1. Objetivo general.	69
6.5.2. Objetivo específico.....	69
6.6. Diseño metodológico.....	670
Factibilidad.....	70
Sostenibilidad.....	70
6.7. Actividades	71
6.8. Recurso.....	71
6.8.1. Humanos.....	71
6.8.2. Técnicos.....	71
6.8.3. Materiales.....	71
6.8.4. Financiero.....	71
6.8.5. Presupuesto.....	72
Anexos.....	73

Bibliografía.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Presencia de hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas	31
Cuadro 2: Tipos de hábitos parafuncionales estudiados en la ficha de observación....	33
Cuadro 3: Hábitos bucales parafuncionales según la edad.....	35
Cuadro 4: Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales según la edad.	37
Cuadro 5: Hábitos bucales parafuncionales según el sexo.	39
Cuadro 6: Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales según el sexo.	41
Cuadro 7: Manifestaciones clínicas en la succión digital.....	43
Cuadro 8: Manifestaciones clínicas de la interposición lingual.	46
Cuadro 9: Hallazgos clínicos dentales.....	48
Cuadro 10: Manifestaciones clínicas de la onicofagia.	51
Cuadro 11: Manifestaciones clínicas del bruxismo.	54
Cuadro 12: Manifestaciones clínicas en la respiración oral.	56
Cuadro 13: De los siguientes hábitos cuál cree usted que su hijo padece.	58
Cuadro 14: Ha notado si su hijo aprieta o rechinan los dientes durante el día.	60
Cuadro 15: Ha notado si su hijo aprieta o rechinan los dientes durante la noche	62

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales son un problema de salud pública que se presentan en todos los estratos sociales, sin importar la condición económica, cultural ni rango de edades. Los hábitos constituyen una de las principales causas de alteraciones dentales y esqueléticas, estas comienzan como actos conscientes que terminan realizándose en actos inconscientes. Por ende, es importante el conocimiento de la presencia de hábitos bucales parafuncionales desde edades tempranas, para que exista la debida precaución y se tomen las medidas necesarias que permitan preservar la dentición primaria en condiciones favorables y así mantener la armonía en las piezas dentales de los niños y niñas.

Sin importar la condición social, los niños y niñas de escuelas privadas también son vulnerables a presentar hábitos bucales. Esta investigación fue importante realizarla para obtener datos estadísticos acerca de la presencia de los hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. La importancia estuvo en informar a los padres de familia sobre la presencia de estos hábitos en sus hijos, puesto que esto les permitirá obtener un tratamiento oportuno para el infante.

La investigación fue de corte transversal, bibliográfica y de campo, ya que se recopiló la información de libros e internet, y también se observó directamente la población. En la investigación se realizaron técnicas de observación y encuestas.

En el estudio se observó el planteamiento del problema, donde se analizó que los hábitos bucales parafuncionales son un problema de salud bucal de alta

prevalencia. El objetivo general consiste en caracterizar la presencia de los hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Los objetivos específicos establecen la prevalencia de los hábitos bucales parafuncionales que presentan los estudiantes según su edad y sexo, además de identificar los signos clínicos de los hábitos parafuncionales en la población de estudio.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema de la investigación.

Hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris de la ciudad de Portoviejo en el periodo marzo-junio de 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son los hábitos bucales parafuncionales que presentan los niños y niñas?

1.3. Planteamiento del problema.

Examinando la investigación realizada por Navas¹ (2012), se puede referenciar que:

Los hábitos orales constituyen unas de las principales causas de alteraciones producidas en los órganos y musculatura oro-facial que traen como consecuencia el compromiso en diferentes grados, de procesos tan importantes en el ser humano como: la respiración, masticación, deglución, succión, articulación y la fonación; los mismos pueden presentarse en niños, adolescentes y adultos. Dependiendo de la frecuencia y tiempo de existencia de estos hábitos orales, se pueden dar diferentes consecuencias. (párr. 1).

Indagando en el artículo de Narváez y cols.² (2010) a través de un estudio más amplio mundialmente se puede citar que:

Según el estudio de Onyeaso y Sote en niños de Nigeria en 2002, la prevalencia de hábitos orales de 3 a 5 años de edad es 13.14%. Entre los tipos de hábitos que se presentan con frecuencia en la población infantil, según investigaciones realizadas en niños del norte de la India y otras poblaciones de Sur América en

¹Navas, C. (2012). Hábitos Orales, Carta de Salud. – Fundación Valle del Lili. N°118 Santiago de Cali, Republica de Colombia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

²Narváez, M., Muñoz, Y., Villota, C., Mafla, A. (2010). Hábitos Orales en niños de 6-10 años de la Escuela ITSIN de San Juan de Pasto. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v12n1/v12n1a04.pdf>

edades de 5 a 10 años son empuje lingual en 18.1%, respiración oral en 6.6%, y succión digital en un 0.7%.

Además según los estudios de Vanderas et al, en niños de Grecia en 2002 y de Farsi et al, en 2004 en Arabia Saudita hábitos como la succión digital, onicofagia o bruxismo se asocian con desórdenes temporomandibulares. (párr. 2 y 3)

Investigando los estudios realizados en la República de Chile por Reyes y cols.³

(2014) se puede citar que:

A partir del estudio realizado en este grupo poblacional, es posible concluir que en los niños estudiados con hábitos bucales deformantes predominó el sexo femenino y la edad de 10 años. También predominó como hábito bucal deformante la onicofagia. Se identificaron como factores de riesgo asociados a los hábitos bucales deformantes la armonía familiar, el peso del niño al nacer y la experiencia de lactancia materna. Se consideran condiciones de riesgo en la presencia de hábitos bucales deformantes variables socio biológicas de las madres y los menores como el bajo y sobre peso del niño al nacer, la no experiencia de lactancia materna exclusiva y la no armonía familiar. (párr. 38)

Estudiando la obra de Furuki⁴ (2010), se puede conocer un estudio realizado en la República del Ecuador:

Se estudió a 306 niños y la encuesta fue realizada sólo a niños con el hábito de succión digital positiva. Se encontró que la tasa de incidencia de la succión digital en niños de Guayaquil es de 2.800 por cada 10.000 habitantes. El rango de edad predominante es de 8 a 10 años (48% de la población). 58% de la muestra fue del género femenino. (párr. 1)

No existen estudios realizados en la Unidad Educativa Arco Iris sobre la presencia de hábitos bucales parafuncionales, razón por la cual se desconoce la prevalencia del mismo en los niños y niñas de la institución.

³Reyes, D., Paneque, M., Almeida, Y., Quesada, L., Escalona, D., Torres, S. (2014). Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años: Estudio de casos y controles. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5927>

⁴Furuki, K. (2010). Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. Rev. "Medicina", Vol. 16 N°1, 25. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/16.1/RM.16.1.04.pdf>

1.3.1. Preguntas de investigación.

¿A qué edad predominan los hábitos bucales?

¿En qué sexo se presentan con mayor frecuencia los hábitos?

¿Qué hábitos bucales parafuncionales predominan en los niños?

¿Cuáles son los signos clínicos que presentan los niños con hábitos bucales?

1.4. **Delimitación de la investigación.**

Campo: Ciencia de la Salud.

Área: Ortopedia.

Aspecto: Hábitos bucales parafuncionales.

Delimitación.

Espacial: Unidad Educativa Arco Iris.

Temporal: Marzo-Junio de 2015.

1.5. **Justificación.**

Según lo conocido, los hábitos bucales son un problema de la salud pública que se presentan en todos los estratos sociales, sin importar la condición económica, cultural ni rango de edades. Estos hábitos orales se dan como acciones repetidas en la boca, algunos de ellos pueden originar parafunciones que se dan como actos conscientes que pueden pasar a convertirse en actos inconscientes.

La inexistencia de investigación, servicios y programas de ortodoncia preventiva que beneficie a la población, impulsaron a estudiar el índice de frecuencia

de hábitos parafuncionales y cómo puede afectar al infante en un futuro sino son tratadas a tiempo, creando conciencia ante las autoridades encargadas de la salud y sobre todo a los padres de familia de la importancia de la prevención de la odontología. Por lo tanto, la importancia del conocimiento de la presencia de hábitos bucales parafuncionales desde edades tempranas sirven para tener precaución y se tomen las recomendaciones necesarias que permitan preservar la dentición primaria en condiciones favorables. Todos los puntos anteriormente redactados desempeñaron un papel importante para el desarrollo de la dentición permanente, por este motivo el impacto de la investigación fue favorable para la sociedad.

Los beneficiarios directos de esta investigación fue la población infantil, mientras que los padres de familia fueron los beneficiarios indirectos, puesto que se les permitió tener una estadística que revele la prevalencia de esta problemática.

La investigación fue posible porque se contó con la aprobación e interés de los directivos de la institución y con el material bibliográfico que sustentó la investigación.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Caracterizar la presencia de los hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris.

1.6.2. Objetivos específicos.

Establecer la prevalencia de los hábitos bucales parafuncionales que presentan los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris según edad y sexo.

Identificar los signos clínicos de los hábitos parafuncionales en la población de estudio.

CAPÍTULO II.

1. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Hábitos bucales parafuncionales.

Investigando la información disponible en el sitio web de Scielo, el artículo de los autores Camarena, Martínez, Poma y Taipe⁵ (2013), se puede citar que:

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, como: hábitos fisiológicos y no fisiológicos.

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. (párr. 1 - 2)

2.1.1. Definición general.

Analizando la obra de Arizaleta⁶ (2003), indica que:

La palabra «hábito» remite a los conceptos de repetición y costumbre; «afición» conjuga con inclinación y con disfrutar. Las aficiones forman parte de lo electivo y su ejercicio está más vinculado a las circunstancias personales que lo están los hábitos. El hábito se ejercita con rutinaria frecuencia y se interrumpe excepcionalmente: a diario, durante toda una vida laboral, aunque no guste ni siempre ni mucho, acostumbramos a poner el despertador. (p.15)

Indagando la publicación de Narváez y cols.⁷ (2010), referencia que:

Los hábitos orales, son acciones repetidas relacionadas con la cavidad oral, muchos de ellos son características innatas del individuo, y otros adquiridos. La supervivencia del recién nacido depende de una succión oral instintiva, que

⁵Camarena, C., Martíne, M., Poma, S., Taipe, C. (2013). Hábitos en Ortodoncia. [En línea]. Consultado: [16, junio, 2015] Disponible en: <http://es.slideshare.net/marlenitaur/hbitos-en-ortodoncia-ii>

⁶Arizaleta, L. (2003). La lectura, ¿Afición o hábito? [En línea]. Consultado: [09, enero, 2015] Disponible en: http://www.anayainfantilyjuvenil.es/catalogos/capitulos_promocion/IJ00132101_9999980571.pdf

⁷Narváez, M., Muñoz, Y., Villota, C., Mafla, A. (2010). Hábitos Orales en niños de 6-10 años de la Escuela ITSIN de San Juan de Pasto. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v12n1/v12n1a04.pdf>

le permite una satisfacción nutricional y le proporciona una sensación de bienestar y seguridad, pues le sirve de intercambio con el mundo exterior. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño a lo largo de su vida irá creando dedo o la lengua después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión mordiendo las uñas, el pelo, el brazo o el labio. (párr. 1)

Investigando en la obra de Díaz y García⁸ (2008), se puede referenciar que: “El hábito deja huella, predispone. No se adquiere de hoy para mañana. Requiere de repetición, la constancia. Hace la cosa rápida fácil y placentera. El que ha adquirido un hábito puede empezar con otro” (p. 104).

Analizando la investigación de Cedeño⁹ (2012), se puede referenciar que:

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. (p. 9)

2.1.2. Etiología.

Indagando en la publicación de Navas¹⁰ (2011), se puede citar que:

Los hábitos se pueden presentar en cualquier edad, forman parte del proceso de adaptación del ser humano a su medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer. En la actualidad existe una gran diversidad de hábitos nocivos que están desencadenando multiplicidad de alteraciones maxilo-faciales, musculares, óseas y dentales. (párr. 2)

⁸Díaz, S., García, M. (2008). Escuela de desarrollo de hábitos. (2ªEd.). Reino de España: Díaz de Santos.

⁹Cedeño, F. (2012). Hábitos Parafuncionales y su incidencia en la maloclusión. Tesis de Grado no publicada, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Republica del Ecuador.

¹⁰Navas, C. (2012). Hábitos Orales, Carta de Salud. – Fundación Valle del Lili. N°118 Santiago de Cali, Republica de Colombia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

Considerando la obra de Bodini & cols.¹¹ (2008), se puede citar que:

Algunos autores han sugerido que los individuos que informan la ocurrencia del hábito, generalmente tienden a informar más de uno (Woods and cols. 1996), por ejemplo el hábito de succión y simultáneamente jalarse el cabello. Generalmente, el tratamiento y la eliminación de un hábito conllevan la eliminación del hábito paralelo. (p. 659)

Analizando la obra de Laboren & cols.¹² (2010) se puede transcribir que entre los factores etiológicos que favorecen la instauración de este hábito se puede nombrar:

La alimentación artificial por medio del biberón.

Amígdalas inflamadas: amigdalitis constantes hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.

Desequilibrio del control nervioso: por lo general en 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.

Macroglosia. son pocos frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de cretinismo.

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.

Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, etc. Existen estadios 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. (p 7 - 8)

Estudiando la obra de Boj¹³ (2011), se puede conocer que:

La pérdida dentaria prematura que afecte al sector anterior puede desencadenar la aparición de hábitos orales incorrectos. Cuando el paciente siente un espacio vacío donde antes se situaban sus dientes anteriores, tiende a ocuparlo en unos

¹¹Bordini, N., Escobar Rojas, Alfonso., Castillo Mercado, R. (2008). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

¹²Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D'Jurisic A. Alcedo C., Molero L., Tedaldi J. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia. República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art20.pdf>

¹³Boj, J., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Ripano.

casos posicionando la lengua entre las arcadas o en otros realizando una succión inadecuada del labio inferior. (p. 510)

Analizando la obra de Rodríguez y cols.¹⁴ (2007), se puede referenciar que según la etiología de los hábitos se puede clasificar en:

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

Placenteros: Algunos hábitos se tornan placenteros, como la succión digital o del chupón.

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

Hereditarios: Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario, aun después de intervenidos quirúrgicamente, las conocidas golpe glótico para las fonemas K, G, J y para las fricativas faríngeas S y Ch.

Imitativos: La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas, son ejemplo de actitudes imitativas. (p. 273)

2.1.3. Tipos de hábitos.

Estudiando la obra de Lugo & Toyo¹⁵ (2011) se pueden citar dos tipos:

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

Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal. (párr. 4)

¹⁴Rodríguez, E., Casasa, R., Natera, C. (2007). 1.001 Tips en ortodoncia y sus secretos. Amolca. República Bolivariana de Venezuela.

¹⁵Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos Orales más comunes y cómo influyen en las malas oclusiones, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia. Caracas, República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Consultado: [28, agosto, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art20.pdf>

2.1.4. Factores que contribuyen a la severidad del hábito.

Considerando la investigación de Cedeño¹⁶ (2012) se puede referenciar que existen factores que contribuyen a la severidad del hábito como lo son:

Hábitos significativos o no significativos: Los hábitos que se mantienen a causar 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 en el desarrollo de lo emocional.

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.

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.

Sexo del paciente: Se suele considerar que estos hábitos son más severos en niñas que en niños.

Hábitos presentes 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.

Cooperación familiar: La cooperación familiar disminuye las dificultades del tratamiento, obteniendo mejores resultados. (pp. 16 – 18)

Indagando en la obra de Lugo & Toyo¹⁷ (2011), se puede citar que: “Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional” (p. 2).

¹⁶Cedeño, F. (2012). Hábitos Parafuncionales y su incidencia en la maloclusión. Tesis de Grado no publicada, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, República del Ecuador.

¹⁷Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos Orales más comunes y cómo influyen en las malas oclusiones, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia. Caracas, República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Consultado: [28, agosto, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art20.pdf>

2.2. Succión digital.

Estudiando la obra de Navas¹⁸ (2012), se puede citar a la succión digital como:

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega a ser considerado “normal”, probablemente está presente en el 50% de los niños pequeños. La succión digital inicia en el primer año de vida y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o se prolonga en algunos casos –incluso hasta la adolescencia y adultez-, la persistencia del hábito en una persona ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad. Existen diferentes tipos de succión digital: de uno y hasta dos dedos. (párr. 4)

Considerando la obra de Boj¹⁹ (2011), se puede referenciar que:

Los hábitos de succión hasta la edad de 3 años son normales, pero más allá de esta edad, si persisten pueden alterar el desarrollo normal de las arcadas dentarias al final de la etapa de dentición temporal, ocasionando una mordida abierta anterior, así como una mordida cruzada posterior. (p. 533)

Estudiando la obra Bezerra de Silva²⁰ (2008), se puede referenciar que:

El problema empieza a surgir cuando el niño no se satisface solo con el pecho materno o con un biberón, se debe sugerir a los padres q intenten bloquearlo a través de sugestiones nocturnas, buscando alcanzar el subconsciente para que el niño abandone el hábito, o más tarde con la utilización de aparatos ortodónticos. (p. 793)

Analizando la obra de Mosby²¹ (2009) se puede transcribir que: “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” (p. 309).

¹⁸Navas, C. (2012). Hábitos Orales, Carta de Salud. – Fundación Valle del Lili. N°118 Santiago de Cali, República de Colombia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

¹⁹Boj, J., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Ripano.

²⁰Berreza da Silva, Léa Assed. (2008). Tratado de Odontopediatría – Tomo 1. Brasil: Amolca.

²¹Mosby. (2009). Diccionario de Odontología. Segunda Edición. Elsevier España. Barcelona, Reino de España.

Estudiando una obra publicada por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil²² (2011), se puede referenciar que:

Si el hábito se elimina antes de los 3 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 chupa el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua. (p. 28)

Signos clínicos.

Analizando la obra de Boj²³ (2011) se puede transcribir que: “Los signos dentales del hábito pueden variar, de arcos y dientes bien alineados, a dientes protuidos y con diastemas” (p. 535).

Considerando la obra de Salete & cols²⁴ (2009), se puede referenciar que:

La mayoría de los niños portadores del hábito se chupan el dedo pulgar, más encontramos aquellos que usan el dedo índice, y una minoría que chupan ambos dedos el pulgar e índice y aun otros dedos. Cuando se succiona el pulgar este se posiciona presionando las rugosidades del paladar, el índice se apoya muchas veces sobre la punta de la nariz o doblado con los demás dedos. (p. 47)

Investigando la obra de Borboni & cols.²⁵ (2008), se puede conocer que:

Algunos estudios han demostrado que la succión digital prolongada produce deformaciones de los dedos, que si se mantienen por mucho tiempo solo pueden ser corregidas quirúrgicamente además pueden presentar eccema o infecciones por hongos en los dedos.

El dedo que es utilizado para la succión del niño se identifica a simple vista porque tiene un aspecto bastante notorio, en algunas ocasiones presentan formas aplanadas, eccema irritativo, alopecia, paroniquia, uñeros o deformaciones del dedo. (pp. 661 – 662)

²²Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador (Citado en 2011). Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. República del Ecuador.

²³ Boj, J., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Ripano.

²⁴Salete, M., Schmitt, R., Young, S. (2009). Salud Bucal del bebe al adolescente. República Federativa de Brasil: Santos.

²⁵Bordini, N., Escobar Rojas, Alfonso., Castillo Mercado, R. (2008). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

Consultando la obra de Boj²⁶ (2011), se puede conocer que:

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

En el examen intraoral, permite encontrar una serie de situaciones asociadas, como respiración bucal habitual e interposición lingual, sobre todo en niños con mordida abierta, aunque también encontramos estrechamiento del arco dental con presencia de mordida cruzada posterior. (p. 535)

2.3. Succión labial.

Examinando la obra de Cedeño²⁷ (2012), se puede citar que:

Este hábito puede aparecer como un hábito original, es decir, el niño succiona el labio inferior o lo que es más frecuente, puede aparecer como una secuela de la succión digital. El labio es colocado por detrás de los incisivos maxilares, comprimiendo los músculos mentonianos contra su cara palatina, produciendo su protrusión. (pp. 42 – 43)

Analizando el artículo publicado por el Programa de Salud Universidad de Antioquia²⁸ (2013), se puede transcribir que:

Se refiere al hábito en el que las personas se muerden o chupan el labio inferior o los carrillos (parte interna de las mejillas), causando deformación del labio o de los dientes, que toman una posición inadecuada por la fuerza constante que se ejerce sobre ellos. (párr. 8)

²⁶Boj, J., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Ripano.

²⁷Cedeño, F. (2012). Hábitos Parafuncionales y su incidencia en la maloclusión. Tesis de Grado no publicada, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, República del Ecuador.

²⁸Programa de Salud Universidad de Antioquia. (2013). Los malos hábitos orales hay que prevenirlos a tiempo. Saluda. Medellín – República de Colombia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en:

<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/BibliotecaProgramas/ProgramaSalud/Secciones/enBocaSegura/SaludOral/Los%20malos%20h%C3%A1bitos%20orales%20hay%20que%20prevenirlos%20a%20tiempo>

Signos clínicos.

Analizando la obra de Boj²⁹ (2010), se puede referenciar que “La persistencia de hábitos de succión puede tener efectos perjudiciales en el desarrollo de las estructuras bucales” (p. 59)

Examinando la obra de Cedeño³⁰ (2012), se puede referenciar que “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” (p. 43)

2.4. Deglución atípica.

Considerando la obra de Tejada³¹ (2012), se puede referenciar que:

La deglución atípica se define como aquellos movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral.

La deglución atípica o “infantil”, no se trata de un estancamiento en un estadio evolutivo infantil previo, sino de una forma de deglutir anómala que puede ser consecuencia y causa de alteraciones anatómicas.

La deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua en la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar con claridad ciertos fonemas como: /d/,/t/,/l/,/n/,/r/. (párr. 1 – 2 – 3)

²⁹ Boj, J. Ferreira, L. (2010). Atlas de Odontopediatría. Madrid. Reino de España: Ripano.

³⁰ Cedeño, F. (2012). Hábitos Parafuncionales y su incidencia en la maloclusión. Tesis de Grado no publicada, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, República del Ecuador.

³¹ Tejada, P. (2012). Deglución atípica. CINTECO Psicología clínica y psiquiátrica. Madrid. Reino de España. [En línea]. Consultado: [28, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.cinteco.com/profesionales/2012/12/27/deglucion-atipica/>

Analizando el artículo publicado por Vera³² (2004), se puede citar que:

La deglución atípica en los niños es un mal hábito, producto de muchos factores los cuales desencadenan un sin número de alteraciones a nivel de la cavidad bucal. Es la enfermedad de la lengua en la cual, la acción muscular es activada a un mal hábito.

La deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua a la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar las palabras, algo más acentuado en niños de edad escolar. (párr. 1 – 2)

Consultando en el artículo publicado por Martín³³ (2010), se puede citar que:

Cuando los dientes temporales se exfolian, especialmente en el sector anterior, comienza una actividad protrusiva de la punta de la lengua lo que generalmente ocurre de forma temporal y cesa con la erupción de los dientes permanentes, no considerándose en estos casos un hábito pernicioso.

Con la erupción de los dientes permanentes la punta de la lengua debe colocarse en la parte anterior del paladar por detrás de las caras linguales de los incisivos superiores, cuando esto no ocurre perdura la deglución infantil. Según algunos autores hasta los tres años de edad se acepta como normal que el niño mantenga separadas las arcadas en el momento de la deglución, si esto continua entonces se crean mordidas abiertas, que pueden ser anteriores (a nivel de incisivos) o posteriores (a nivel de molares). (p. 4)

2.5. Bruxismo Infantil.

Estudiando la obra de Mendoza, Sánchez y García³⁴ (2010), se puede citar que:

El bruxismo puede definirse como un hábito perjudicial y morboso de rechinar los dientes, tanto en posición céntrica como excéntrica, como ya se ha mencionado, es una actividad parafuncional la cual, junto con el apretamiento dental, constituyen las parafunciones más lesivas para el sistema gnático, que cuando se consideran las grandes fuerzas que pueden ser ejercidas sobre los dientes y articulaciones durante esta actividad parafuncional, es evidente el daño permanente a las estructuras asociadas. (p. 130)

³²Vera, A., Chacón, E., Ulloa, R., Vera, S. (2004). Estudio de la relación entre la Deglución atípica, Mordida abierta, Dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas – República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Consultado: [11, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/art6.asp>

³³Martin L. (2013, septiembre 29) Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Artículos de Revisión. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc210610.pdf>

³⁴Mendoza, Sánchez y García. (2010). Estrés, aspectos sociales e impacto en la salud general y bucodental. Universidad autónoma de la Ciudad de Juárez, Estados Unidos Mexicanos.

Consultando en el artículo de Vallejo³⁵ (2002), se puede citar que:

El hecho de que el esmalte de los dientes temporales contiene una menor proporción de sales minerales, es decir que está menos mineralizado que el de los dientes permanentes, unido al mayor volumen de poros, podría explicar que en la dentición temporal se evidencie en ocasiones un aumento de la atrición y la abrasión. Esto que normalmente es fisiológico, se agrava y se puede hacer patológico, cuando el paciente tiene el hábito de rechinar los dientes. (p. 39)

Considerando la obra de Borrás y cols.³⁶ (2011), se puede referenciar que:

El bruxismo se define como un apretamiento o frotación no funcional de los dientes de forma prolongada e intensa que puede provocar patologías dentales. En ambos casos, el sujeto no suele ser consciente de este comportamiento. Se consideran fundamentalmente dos tipos de bruxismo, a los que se denominan bruxismo céntrico, producido por apretamiento de los dientes, y bruxismo excéntrico, provocado por el frotamiento de los mismos. A su vez, el bruxismo puede ser nocturno o diurno, diferenciándose ambos en que:

El bruxismo nocturno es rítmico y conlleva sonidos, el diurno no.

El nivel de conciencia del sujeto es diferente en ambas conductas.

Los sujetos que presentan bruxismo nocturno afirman no presentar dicho comportamiento durante el día. (p. 37)

Investigando en la obra de Misch³⁷ (2009), se puede exponer que:

Los signos del bruxismo incluyen un aumento del tamaño de los músculos masetero y temporal (estos músculos y el pterigoideo externo pueden presentar molestias), desviación del maxilar inferior en la apertura, disminución de la apertura oclusal, aumento la movilidad dentaria, desgaste cervical de los dientes, fractura dentaria o de las restauraciones y descementados de las coronas o de prótesis fija. (p. 107)

Considerando la obra de Barbosa³⁸ (2012), se puede transcribir que:

Signo muy importante de considerar en los pacientes bruxistas es el desgaste que presentan los dientes por motivo de rechinarlos. Entre las características clínicas del desgaste están las siguientes:

³⁵Vallejo, E., Gonzáles, E., Del Castillo, R. (2002). El bruxismo infantil. Rev. "Odontología Pediátrica", Vol. 10 N°3. Madrid. Reino de España.

³⁶Borrás, S., Talens, T., Monleón, C., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Logopedia e intervención. Nau Llibres.

³⁷Misch, C. (2009). Implantología contemporánea. (3ª Ed.). Reino de España: El Sevier Mosby.

³⁸Barbosa, J. (2012). Prevalencia del bruxismo en alumnos de Décimo semestre de la facultad de medicina campus Poza rica. Universidad Veracruzana Tuxpan. Poza Rica. Estados Unidos Mexicanos.

El desgaste puede ocurrir en tanto en dientes deciduos como en los dientes permanentes.

El desgaste dental se manifiesta clínicamente por la formación de pisos lisos y brillantes y bien pulidas y facetas del desgaste en las superficies de los dientes de productores que haya llegado hacer contacto en los dientes opuestos.

Por lo tanto, el desgaste a menudo se produce en la punta de las cúspides, los bordes incisales, en las zonas de contacto proximal, superficie vestibular de los dientes anteriores inferior y las superficies palatinas de los dientes anteriores superiores.

En casos avanzados, el desgaste puede conducir a severa reducción en la altura de las cúspides con total uso de esmalte y aplanamiento de la superficie oclusal.

Cuando el esmalte se pierde en la superficie oclusal, la dentina expuesta puede sufrir un desgaste mucho más rápido y la lesión puede llegar a ser mucho más grande y hallarse rodeada por un anillo de esmalte en la periferia. Cuando la dentina queda expuesta por lo general se convierte en coloración parda. (p. 28)

Considerando la obra de Vallejo³⁹ (2002), se puede referenciar que:

Los dientes en la mayoría de los casos dan muestras del hábito en la forma de coronas molares aplanadas y desgaste lingual de los dientes antero-superiores. Algunos niños aprietan los dientes con tal fuerza que el rechinar hace que se salte el esmalte del área labioincisal en los dientes anteroinferiores. (p. 42)

Dentro de los hábitos bucales que se presentan en la edad infantil, el bruxismo, cuando se presenta de forma severa, es uno de los más dañinos ya que puede amenazar la conservación de uno o más dientes, así como producir dolor a nivel de la musculatura y región temporomandibular. Se piensa que el bruxismo, en gran parte de los casos es una respuesta a la tensión nerviosa y al estrés, al producirse sobretodo en niños muy tensos e irritables. (p. 44)

Analizando la obra de Vallejo⁴⁰ (2002), se puede referenciar sobre los signos del bruxismo que “La encía puede presentar un blanqueamiento no habitual, sobre todo al morder, y en ocasiones se aprecian los festones de McCall’s, bandas de encía hiperplásica en la unión dentogingival” (p.43)

³⁹Vallejo, E., Gonzáles, E., Del Castillo, R. (2002). El bruxismo infantil. Rev. “Odontología Pediátrica”, Vol. 10 N°3. Madrid. Reino de España.

⁴⁰Vallejo, E., Gonzáles, E., Del Castillo, R. (2002). El bruxismo infantil. Rev. “Odontología Pediátrica”, Vol. 10 N°3. Madrid. Reino de España.

2.6. Respiradores orales.

Examinando la obra de Navas⁴¹ (2012), se puede citar que:

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse en:

Obstrucción funcional o anatómica.

Es la respiración que a nivel de fosas nasales, presenta un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas, la presencia de adenoides hipertrófica, cornetes hipertróficos, tabique desviado e inflamación de la mucosa por infecciones o alergias; producen resistencia a la inhalación del aire por lo que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.

Por hábito.

El individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminados, ya está establecido el hábito de respiración oral. (párr. 15)

Estudiando la obra de Torres⁴² (2012), se puede referenciar que:

Esta se asocia a la obstrucción de las vías respiratorias altas, rinitis alérgica, hipertrofia de las amígdalas palatinas presencia de adenoides o desviación del tabique nasal y la que produce una función respiratoria perturbada, cambios en la parte posterior de la lengua, labios y mandíbula. Cuando se presenta esta condición es conveniente la consulta con el otorrinolaringólogo a efecto de confirmar la sospecha. (p. 146)

Examinando la obra de Boj⁴³ (2011), se puede referenciar en pruebas diagnósticas para examinar la función respiratoria:

Reflejo nasal: El paciente debe mantener la boca bien cerrada, el operador comprime las alas de la nariz durante 20 a 30 segundos, soltándolas rápidamente; la respuesta refleja será una dilatación inmediata de las alas nasales, en pacientes respiradores bucales será muy poca o inexistente y por lo general tienden a auxiliarse abriendo ligeramente la boca para inspirar.

Espejo: Colocamos un pequeño espejo bajo la nariz del paciente y le indicamos que inspire y espire. El espejo se empañará simétricamente, si el espejo no se empaña de uno de los lados, puede haber una obstrucción respiratoria de ese lado. (p. 525)

⁴¹Navas, C. (2012). Hábitos Orales, Carta de Salud. – Fundación Valle del Lili. N°118 Santiago de Cali, Republica de Colombia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: http://www.valledelili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

⁴²Torres, R. (2008). Principios anatómicos y funcionales. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

⁴³Boj, J., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Ripano.

Consultando la obra de Cevallos⁴⁴ (2011), se puede transcribir que entre los síntomas más frecuentes del respirador bucal son:

Tos seca, tos nocturna, incapacidad respiratoria, apneas obstructivas del sueño (interrupción momentánea de la respiración), trastornos en el desarrollo del macizo facial (paladar estrecho y hundido, mandíbula elongada), deglución atípica, dientes mal implantados, sinusitis, otitis, trastornos de la audición, falta de atención, retraso escolar, alteraciones posturales, ojeras, ojos cansados y sin brillo; dormir con boca abierta, labio superior corto y normalmente mostrando los dientes, labio inferior laxo, incisivos normalmente para adelante, escaso desarrollo del tórax. (párr. 4)

Examinando la obra de Boj⁴⁵ (2011), se puede citar que:

El facie adenoidea se caracteriza por una altura facial inferior de la cara aumentada, labios entreabiertos, base alar estrecha y respiración bucal.

También puede caracterizarse por un labio superior corto que acentúa la concavidad del inferior, y un labio inferior protuido y a menudo eritematoso.

Cuando aparece una obstrucción respiratoria, nos encontramos también con rotación horaria mandibular, incompetencia labial, descenso de la lengua, hipotonía de los tirantes musculares, aumento del espacio libre entre arcadas e inhibición del crecimiento mandibular. (p. 523).

Indagando en la obra de Boj⁴⁶ (2011), se puede citar que los efectos funcionales de la respiración oral son: “Interposición del labio inferior que presenta hipertonicidad, mientras que el superior suele ser corto e hipotónico” (p.524).

2.7. Onicofagia.

Considerando la obra del Programa de Salud Universidad de Antioquia⁴⁷ (2013), se puede transcribir que:

⁴⁴Cevallos, I. (2011). Síndrome del Respirador Bucal. Mundo actual. [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en: <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/02/10/sindrome-del-respirador-bucal/>

⁴⁵Boj, J., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Ripano.

⁴⁶Boj, J., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Ripano.

Esta costumbre, que consiste en comerse las uñas, causa desgaste y astillamiento prematuro de los dientes delanteros. Puede producir abrasión, erosión y también una mala posición de los dientes. De otra parte, las pequeñas heridas que se producen en la boca por este hábito, pueden causar llagas, herpes u otras infecciones. (párr. 9)

Indagando la obra de Borrás & cols.⁴⁸ (2011), se puede citar que:

Este mal hábito tiene origen ansioso, crea alteraciones dentarias y también afecta a la higiene de todo el aparato estomatológico. La terapia de modificación de conducta ha sido utilizada ampliamente en el tratamiento de la onicofagia y es considerada la técnica más exitosa hasta el momento. (p. 37)

Estudiando la obra de Navas⁴⁹ (2011), se puede citar que:

Se pueden presentar desde consecuencias estéticas hasta las siguientes:
En los dientes: pueden presentarse desgastes y cambios en su posición.
En las uñas: el continuo mordisqueo crea microtraumas y heridas alrededor de la uña, que hace que el dedo se inflame y duela y que no crezca la uña.
En articulación temporomandibular: disfunciones y trastornos. (párr. 12)

Examinando la investigación realizada por Cedeño⁵⁰ (2012), se puede referenciar que:

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.
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

⁴⁷ Programa de Salud Universidad de Antioquia. (2013). Los malos hábitos orales hay que prevenirlos a tiempo. Saluda. Medellín – República de Colombia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en:

<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/BibliotecaProgramas/ProgramaSalud/Secciones/enBocaSegura/SaludOral/Los%20malos%20h%C3%A1bitos%20orales%20hay%20que%20prevenirlos%20a%20tiempo>

⁴⁸ Borrás, S., Talens, T., Monleón, C., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Logopedia e intervención. Nau Llibres.

⁴⁹ Navas, C. (2012). Hábitos Orales, Carta de Salud. – Fundación Valle del Lili. N°118 Santiago de Cali, Republica de Colombia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: http://www.valledelili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

⁵⁰ Cedeño, F. (2012). Hábitos Parafuncionales y su incidencia en la maloclusión. Tesis de Grado no publicada, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, República del Ecuador.

alteraciones ocasionadas por el hábito y como diferenciarlas de una alteración sistémica como lo es la anemia férrica. En un paciente portador de una anemia férrica, podemos observar una uña cóncava o en forma de cuchara, confundiéndola con un síntoma reflejado de la onicofagia. (pp. 46 – 47)

Analizando el artículo web publicado por Muñoz⁵¹ (s/n), se puede citar que “Paroniquia, que es una infección bacteriana en la piel situada alrededor de las uñas, que aparece hinchada y enrojecida. Esta infección puede llegar a ser crónica.” (párr. 3)

2.8. Interposición Lingual.

Estudiando la obra de Córdova⁵² (2003), se puede referenciar que:

La protracción lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de los incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo o durante las funciones de deglución o fonarticulación. En condición es normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.

En la interposición lingual en reposo la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). (p. 10)

Analizando el artículo publicado por Alemán⁵³ (2007), se puede referenciar que los tipos de interposición lingual son:

Interposición lingual en reposo: se anotó cuando en estado de reposo la lengua se encuentra interpuesta entre las arcadas dentarias superior e inferior, ya sea en el sector anterior o lateral.

Interposición lingual en deglución: se indicó al niño que tragara saliva y se examinó si la lengua se proyecta entre las arcadas dentarias en su región

⁵¹ Muñoz, A. (s/a). Onicofagia: el hábito de morderse las uñas. About en español. [En línea]. Consultado: [28, junio, 2015] Disponible en: http://motivacion.about.com/od/Cuerpo_mente/a/Onicofagia-El-Habito-De-Morderse-Las-Unas.htm

⁵² Córdova, N. (2013). Protracción lingual y su relación con mordidas abiertas. Tesis de Grado no publicada, Universidad de Guayaquil, Guayaquil, República del Ecuador.

⁵³ Alemán, P., González, D., Díaz, L., Delgado, Y. (2007, junio) Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Revista Cubana de Estomatología. 44. N°2. La Habana. República de Cuba. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001

anterior en el momento de efectuarse la deglución, esta puede proyectarse o no con fuerza. (párr. 7)

2.9. Hábito de la masticación.

Indagando la obra de Ramón⁵⁴ (2012), se puede citar que:

La masticación es una función del sistema estomatognático fundamental para el desarrollo del tercio inferior y medio de la cara. Las alteraciones en el ciclo masticatorio durante el período de crecimiento y desarrollo podría traer aparejado problemas de asimetría facial. (párr. 1)

Considerando la obra de Jaramillo⁵⁵ (2005), se puede referenciar que:

En cuanto a la masticación, el principal error es masticar más por un solo lado (debe ser bilateral), o preferir siempre alimentos muy blandos que no permiten un desarrollo adecuado de los maxilares. Estos hábitos provocan apiñamientos de los dientes y otras complicaciones por no ejercitar los maxilares. (párr. 7)

Analizando el artículo publicado por Gonzales⁵⁶ (2005), se puede referenciar que:

Cuando tenemos problemas de parafunción masticatoria se van a producir fracturas de coronas, de puentes, desgastes de dientes naturales con pérdida de su tamaño normal, astillamiento de los rebordes y fracturas coronarias, incluyendo pérdida del hueso alveolar, movilidad de los dientes, pérdida de implantes dentarios, así como problemas de la articulación de la mandíbula. (párr.2)

⁵⁴Ramón, A., Siancha, A., Rao, M. (2012). Masticación Viciosa: diagnostico radiográfico, Revista del Círculo Argentino de Odontología. República Argentina. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2015] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=689032&indexSearch=ID#refine>

⁵⁵Jaramillo, N. (2005). Algunas costumbres alteran su dentadura (Malos Hábitos), Con tu salud. Cartagena de Indias, República de Colombia. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2015] Disponible en: http://www.contusalud.com/website/folder/sepa_odontologia_malhabitos.htm

⁵⁶González, A. (2005). Malos Hábitos de la Masticación, Revista Diario Libre. Santo Domingo, República Dominicana. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: http://www.diariolibre.com/noticias/2005/12/23/i83359_malos-hbitos-masticacin.html

Consultando la obra de Días Da Silva⁵⁷ (2004), se puede citar que:

Hábitos masticatorios: representan uno de los mayores problemas para el odontopediatra, ya que por lo general su presencia se debe a caries dolorosas o a obturaciones defectuosas ejecutadas por otros profesionales.

Su etiología puede ser también la presencia más o menos remotas de enfermedades infecciosas sufridas por el paciente que pudieron alterar la articulación temporo-mandibular o sus ligamentos.

Las alteraciones que se producen por esta clase de hábitos son de tipo facial y de tipo oral propiamente dicho. Las primeras son desviaciones de línea media, deformaciones mandibulares y falta de desarrollo del maxilar por exceso o por defecto de acción muscular

Las alteraciones de tipo oral están determinadas por la causa de aparición del hábito. Si la causa es caries dolorosas u obturaciones defectuosas, las alteraciones que se producen no son permanentes y desaparecerá el hábito con la eliminación de la causa y el hacer consciente el acto habitual. (p. 5)

Consecuencias.

Analizando en la obra de Laboren y cols.⁵⁸ (2010) se puede referenciar que:

Los hábitos orales como la interposición lingual, succión labial, succión digital y la respiración bucal pueden inducir directamente en el desarrollo de problemas ortopédicos y ortodónticos. Al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulan o modifican la dirección del crecimiento de ciertas estructuras, lo que puede generar:

Protrusiones dentales.

Protrusiones dentoalveoláres.

Mordida abierta anteriores y/o laterales.

Inhibición de la erupción de uno o de varios dientes.

Mordida cruzada anteriores o laterales

Vestíbulo o linguoversiones, etc.

El grado de la alteración producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, así como de las características biotipológicas del paciente. En el estudio clínico resulta muy fácil detectar la relación causa-efecto de un hábito ya que deja la impronta de su acción; por ello, en la mayoría de los casos la simple observación de la alteración permite deducir el hábito oral que la causo. (párr. 7 – 8)

⁵⁷Días Da Silva, C. (2004). La orientación masticatoria como Terapia Coadyuvante en Maloclusiones, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatría. Caracas. República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/pdf/art12.pdf>

⁵⁸Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D'Jurisic A. Alcedo C., Molero L., Tedaldi J. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia. República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art20.pdf>

Tratamiento.

Estudiando la obra de Cedeño⁵⁹ (2012), se puede transcribir que:

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 cómo canalizarlas desviando sus angustias y generando hábitos o conductas repetitivas para liberar tensiones.

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. (p. 49)

Analizando la obra Navarro⁶⁰ (2008), se puede referenciar que:

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. (p. 311).

Consultando la obra de Piñeda⁶¹ (2012), se puede conocer que:

La solución del tratamiento para las mordidas abiertas anteriores causadas por hábitos de succión digital o chupón, consiste en colocar una rejilla metálica en el paladar de forma fija. Esta rejilla impedirá que el niño introduzca el dedo u objeto y por tanto la mordida va cerrándose espontáneamente. Pero en el caso en que la mordida abierta sea causada por el hábito de la lengua, es necesario colocar también la rejilla y posterior al cierre de la mordida, es absolutamente necesario el tratamiento con el logopeda, pues éste debe enseñarle a colocar la lengua en el sitio específico al momento de tragar, si no, las probabilidades de recidiva o fracaso del tratamiento son muy elevadas. (p. 36).

⁵⁹Cedeño, F. (2012). Hábitos Parafuncionales y su incidencia en la maloclusión. Tesis de Grado no publicada, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, República del Ecuador.

⁶⁰Navarro, C. (2008). Cirugía Oral. Ediciones Arán. Reino de España.

⁶¹Piñeda, F. (2012). Prevalencia de maloclusiones, necesidad y prioridad de tratamiento ortodóncico según el índice de maloclusión de la asociación Iberoamericana de Ortodoncistas (aio) en escolares con dentición mixta de la escuela "Juan María Riofrío" de la ciudad de Loja durante el periodo abril-noviembre del 2012. Tesis de Grado no publicada, Universidad Nacional de Loja, Loja, República del Ecuador.

Unidades de observaciones y análisis.

Se efectuara la observación a los niños y niñas de 4 a 7 años de la Unidad Educativa Arco Iris.

Variables.

Edad.

Sexo.

Signos Clínicos.

Hábitos parafuncionales.

Matriz de operacionalización de las variables.

(Ver Anexo N°1)

CAPÍTULO III.

2. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad y tipo de investigación.

3.1.1. Modalidad:

De campo y bibliográfica.

3.1.2. Tipo de investigación:

Tipo descriptiva, de corte transversal.

3.2. Métodos.

Para el desarrollo de la investigación sobre hábitos bucales parafuncionales fueron inspeccionados 115 estudiantes de la “Unidad Educativa Arco Iris”. A estos estudiantes se les realizó una exploración clínica intra y extra oral, mediante una ficha de observación que determinó los principales tipos de hábitos, signos clínicos, edad y sexo. Además se realizó una encuesta a los padres de familia para recolectar mayor información. Se solicitó autorización de los padres, los tutores y profesores pidiendo el consentimiento de las autoridades de la institución para que permitan que los infantes sean incluidos en el estudio, teniendo de esta manera los aspectos éticos y legales de la investigación.

3.3. Técnicas.

Técnica de observación

Encuesta

3.4. Instrumentos.

Ficha de observación.

Formulario de encuesta

3.5. Marco administrativo.

3.5.1. Talento Humano.

Investigador

Director de tesis

3.5.2. Recursos materiales.

Guantes

Mascarillas

Espejos Bucales

3.5.3. Recursos tecnológicos.

Internet.

Flash memory.

Cámara fotográfica.

3.5.4. Económicos.

La investigación tuvo un costo aproximado de \$362,49 dólares americanos, que fueron financiados por la investigadora. (p. 79).

3.6. Población y muestra.

Estuvo constituido por 115 niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris del cantón de Portoviejo, provincia de Manabí; República del Ecuador.

Criterio de inclusión.

Se incluyeron todos los niños y niñas cuyos padres aprobaron su participación en la investigación y que se encuentren legalmente matriculados en la Unidad Educativa Arco Iris de 4 a 7 años de edad.

Criterio de exclusión.

Se excluyeron a los niños cuyos padres no mostraron su aprobación para participar en la investigación.

3.7. Recolección de la información.

Se obtuvo la información mediante la aplicación de una encuesta y el uso de una ficha de observación.

3.8. Procesamiento de la información.

La información recolectada fue procesada mediante el software de cálculo Microsoft Excel 2013. Los resultados fueron representados mediante tablas y gráficos estadísticos.

3.9. Consideraciones Éticas.

A todas las personas que colaboraron en este estudio, se les consultó su voluntaria participación, se les comunicó en qué consistía la investigación que se realizó. Esto fue utilizado con fines científicos. Su identidad y lo que se informó fue anónimo. Se le permitió firmar un documento de "consentimiento informado" por su colaboración. (p. 75).

CAPÍTULO IV.

3. Análisis e Interpretación de resultados.

4.1. Análisis e interpretación de resultados de la ficha de observación realizada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris.

Cuadro 1.

Presencia de Hábitos Bucales Parafuncionales en niños y niñas.

Alternancia	Frecuencia	Porcentaje
Con Hábito	66	57%
Sin Hábito	49	43%
Total	115	100%

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

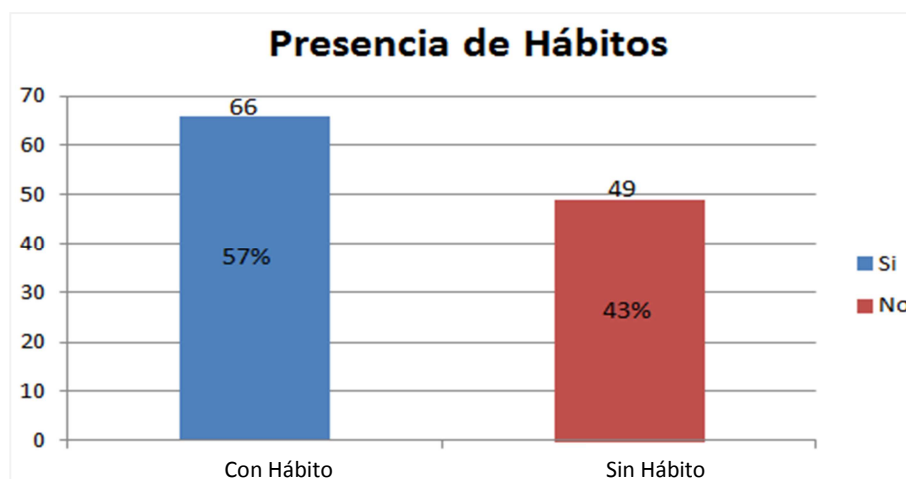


Gráfico N°1. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

Según el cuadro y el gráfico número uno se observa que existe 66 (57%) personas con Presencia de Hábitos Bucales Parafuncionales y un promedio de 49 (43%) personas no cuenta con Presencia de Hábitos Bucales Parafuncionales de un total de 115 (100%) personas.

Estudiando una obra publicada por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil⁶² (2011), se puede referenciar que:

Si el hábito se elimina antes de los 3 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 chupa el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua. (p. 28)

En este estudio se demostró que de los 115 niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris utilizados como muestra, se presento 66 con Hábitos Bucales Parafuncionales. Esto corrobora la cita antes mencionada, ya que el universo de estudio correspondió a escolares mayores de 3 años, donde se puede decir que ya existe la presencia de un hábito parafuncional y no de un hábito fisiológico.

⁶²Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador (Citado en 2011). Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. República del Ecuador.

Cuadro 2.

Tipos de hábitos parafuncionales estudiados en la ficha de observación

Hábitos Bucales	Frecuencia	Porcentaje
Onicofagia	23	35%
Bruxismo	12	18%
Respiración Oral	12	18%
Asociados (Bruxismo + Onicofagia)	11	17%
Succión Digital	5	8%
interposición Lingual	3	5%
Deglución Atípica	0	0%
Succión Labial	0	0%
H. de la Masticación	0	0%
Total	66	100%

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

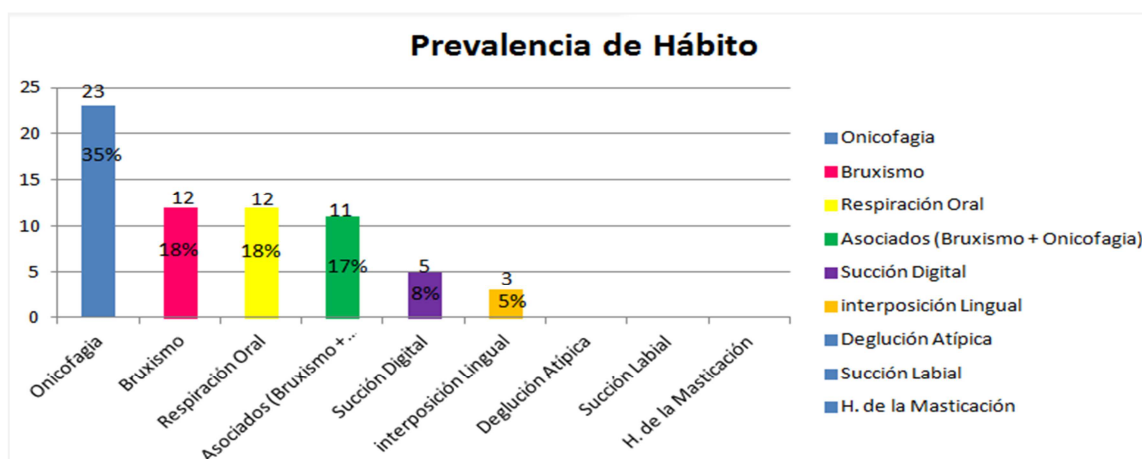


Gráfico N°2. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

Como se logra observar en el gráfico N°2 sobre los tipos de hábitos parafuncionales estudiados, se indica que la Onicofagia está presente en un 35% (23 niños) de los niños. El Bruxismo se presentó en un 18% de la muestra (12 niños). La Respiración Oral se encontró en un 18% de los infantes (12 niños). Los Asociados (Bruxismo + Onicofagia) prevalece en un 17% de los niños y niñas (11 niños). La Succión Digital lo manifiesta un 8% de la población estudiada (5 niños). La Interposición Lingual lo posee el 5% de los niños (3 niños). La deglución Atípica, Succión Labial y Hábito de la Masticación no fue manifestado en la población de estudio.

Considerando lo citado en el marco teórico en la página 9 a través de la obra de Bodini & cols.⁶³ (2008), se puede citar que:

Algunos autores han sugerido que los individuos que informan la ocurrencia del hábito, generalmente tienden a informar más de uno (Woods and cols. 1996), por ejemplo el hábito de succión y simultáneamente jalarse el cabello. Generalmente, el tratamiento y la eliminación de un hábito conllevan la eliminación del hábito paralelo. (p. 659)

Según el grafico, se pudo encontrar la onicofagia en un alto porcentaje, predominando la lista de los hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de la “Unidad Educativa Arco Iris”, pero además tal como dice la fuente bibliográfica, cuando existe la presencia de un hábito tienden a informar uno más. Se pudo encontrar hábitos asociados como fue la onicofagia junto con el bruxismo.

⁶³Bordini, N., Escobar Rojas, Alfonso., Castillo Mercado, R. (2008). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

Cuadro 3.

Hábitos Bucales Parafuncionales según la edad.

Hábitos Bucales	4 años	5 años	6 años	7 años	Total
Onicofagia	8	10	4	1	23
Bruxismo	4	4	4	0	12
Respiración Oral	2	6	2	2	12
Asociados (Bruxismo + Onicofagia)	0	5	5	1	11
Succión Digital	1	1	3	0	5
Interposición Lingual	0	0	1	2	3
Total	15	26	19	6	66

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

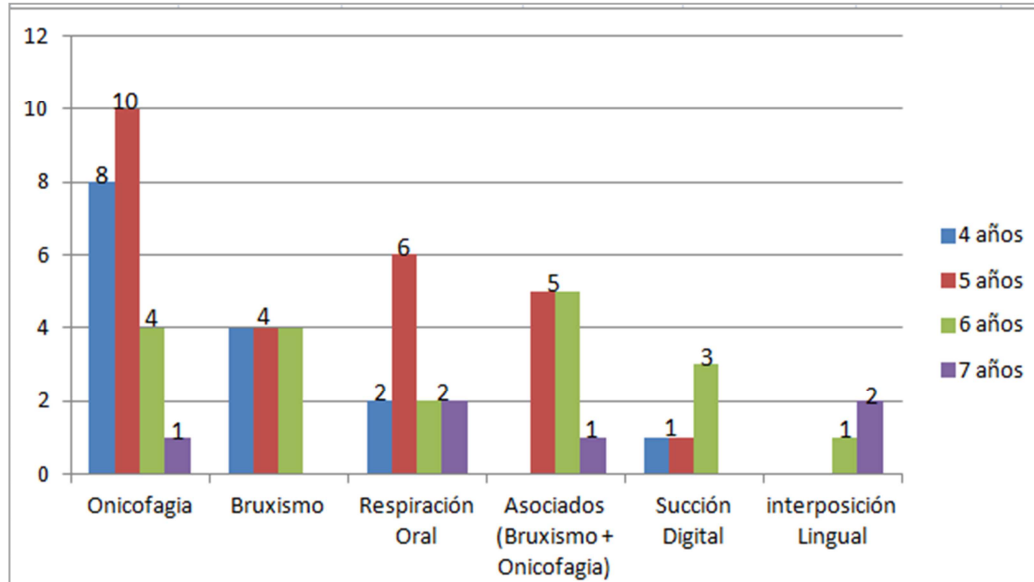


Gráfico N°3. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

El gráfico N° 3 indicó la edad según los hábitos Bucales Parafuncionales encontrados:

La Onicofagia en edades de 4 años estuvo presente en 8 niños, en edad de 5 años se encontró 10 niños, de 6 años lo tiene 4 niños, de 7 años 1 niño sumando así un total de 23 niños con este habito antes mencionado.

El Bruxismo en edades de 4 años está presente en 4 niños, en edad de 5 años se encuentra 4 niños, de 6 años lo tiene 4 niños, de 7 años 0 niño sumando así un total de 12 niños con este habito.

Respiración Oral en edades de 4 años está presente en 2 niños, en edad de 5 años se encuentra 6 niños, de 6 años lo presenta 2 niños, de 7 años 2 niño sumando así un total de 12 niños con este habito.

Asociados (Bruxismo + Onicofagia) en edades de 4 años está presente en 0 niños, en edad de 5 años se encuentra 5 niños, de 6 años lo tiene 5 niños, de 7 años 1 niño sumando así un total de 11 niños con este habito.

La Succión Digital en edades de 4 años está presente en 1 niños, en edad de 5 años se encuentra 1 niños, de 6 años lo tiene 3 niños, de 7 años 0 niño sumando así un total de 5 niños con este habito.

La Interposición Lingual en edades de 4 años está presente en 0 niños, en edad de 5 años se encuentra 0 niños, de 6 años lo tienen 1 niños, de 7 años 2 niño sumando así un total de 3 niños con este habito.

Realizando un estudio general de hábitos bucales parafuncionales según la edad, se pudo observar que el hábito de la onicofagia tuvo prevalencia en la edad de 5 años.

Cuadro 4

Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales según la edad.

Edades	Con Hábito	Porcentaje
4 años	15	23%
5 años	26	39%
6 años	19	29%
7 años	6	9%
Total	66	100%

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

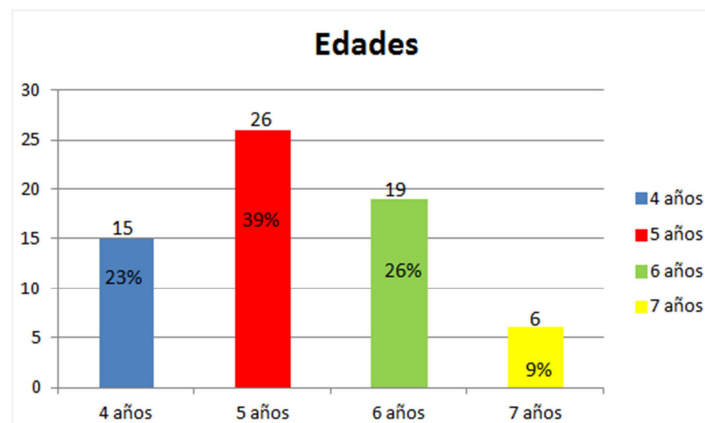


Gráfico N°4. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

En el gráfico N° 4 se observan las edades que prevalecieron en los pacientes con hábitos bucales: con la edad de 4 años se encontró 15 niños con hábitos que corresponden al 23% de la población; en la edad de 5 años se encontró 26 niños con hábitos (39% de la muestra); 19 niños de 6 años de edad manifestó hábitos (29% de la población estudiada) y finalmente de los niños 7 años, 6 presentaron hábitos, representando el porcentaje más bajo con solo 9% de la población en cuestión.

Indagando la publicación de Murrieta-Pruneda y cols⁶⁴ (2011) se puede referenciar que:

En cuanto a la edad, este tipo de hábitos se manifiesta de forma temprana; algunos de ellos, como la succión digital y el hábito lingual, se han relacionado significativamente con esta variable. (párr. 2)

En este estudio, la edad que prevaleció con 26 niños de 66 que fue la muestra, fue la edad de 5 años, la misma que concuerda con el anexo bibliográfico ya que las edades en que generalmente se manifiesta los hábitos bucales parafuncionales es de forma temprana.

⁶⁴Murrieta-Pruneda, J, Allendelagua R., Pérez Silva, L., Juárez-López, L., Linares Vieyra, C., Meléndez, A., Zurita Murillo, V., Solleiro Rebolledo, M. (2011). Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, República de México, 68(1), 26-33. [En línea]. Consultado: [2, junio, 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462011000100004&script=sci_arttext

Cuadro 5.

Hábitos Bucales Parafuncionales según el sexo

Hábitos Bucales	Femenino	Masculino	Total
Onicofagia	12	11	23
Bruxismo	9	3	12
Respiración Oral	6	6	12
Asociados (Bruxismo + Onicofagia)	8	3	11
Succión Digital	2	3	5
Interposición Lingual	3	0	3
Total	40	26	66

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

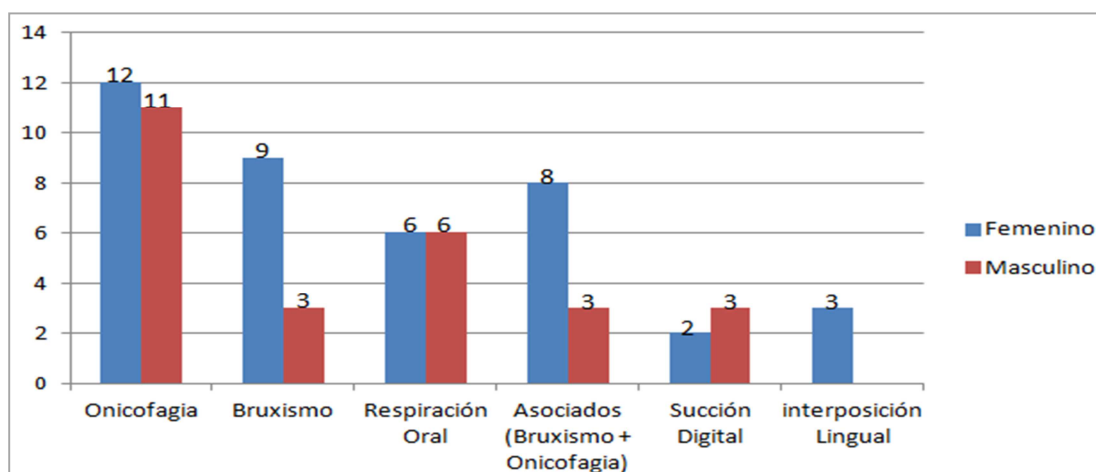


Gráfico N°5. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

El gráfico N° 5 indicó el género del paciente según los hábitos Bucales Parafuncionales encontrados:

La Onicofagia la poseen 12 niñas y 11 niños, sumando así un total de 23 niños y niñas.

El Bruxismo se encontró en 9 niñas y 3 niños, sumando así un total de 12 niños y niñas.

La Respiración Oral se manifestó en 6 niñas y 6 niños, sumando así un total de 12 niños y niñas.

Asociados (Bruxismo + Onicofagia) la poseen 8 niñas y 3 de niños, sumando así un total de 11 niños y niñas.

La Succión Digital se identificó en 2 niñas y 3 niños, sumando así un total de 5 niños y niñas.

La Interposición Lingual la poseen 3 niñas y no se manifestó este hábito en los niños, sumando así un total de 3 niñas.

Como se puede observar el sexo femenino fue el mayor portador de hábitos bucales parafuncionales con el hábito de la onicofagia, mientras que el sexo masculino presentó un menor índice en todos los hábitos.

Cuadro 6.

Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales según el sexo.

	Con Hábito		Sin Hábito	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	26	39%	25	51%
Femenino	40	61%	24	49%
Total	66	100%	49	100%

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

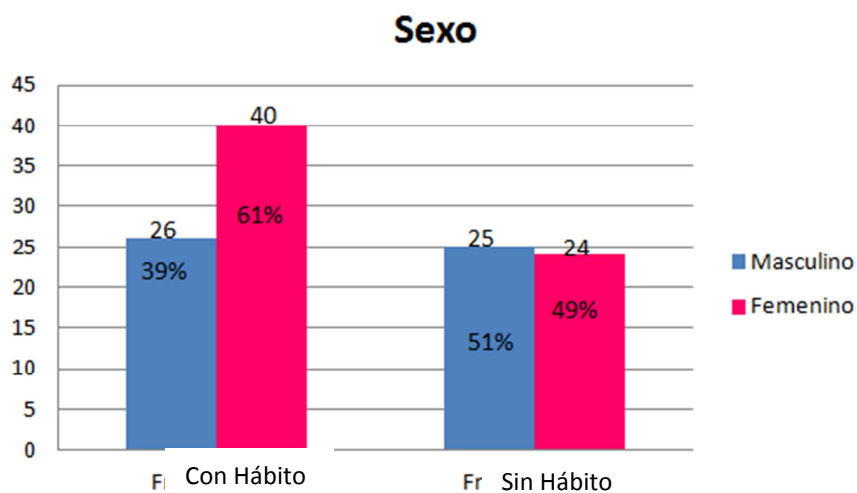


Gráfico N°6. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

El gráfico N° 6 indicó la Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales según el sexo, de un total de 115 niños utilizados como muestra de estudio; demuestran que 26 niños (39%) si posee hábitos bucales parafuncionales mientras que 25 niños (51%) no presentaron hábitos bucales parafuncionales. Se encontró en 40 niñas (61%) presencia de hábitos bucales parafuncionales y en 24 niñas (49%) no se manifestó ningún hábito.

Obteniendo de un total de 66 niños y niñas: 26 niños con hábitos y 25 niños sin hábitos, 40 niñas con hábitos y 24 niñas sin hábitos.

Estudiando la obra de Furuki⁶⁵ (2010), se puede conocer un estudio realizado en la República del Ecuador:

El rango de edad predominante es de 8 a 10 años (48% de la población). 58% de la muestra fue del género femenino. (párr. 1)

En nuestra investigación encontramos que el sexo predominante fue el género femenino, tal cual encontramos en nuestra referencia bibliográfica que el género más frecuente es en mujeres.

⁶⁵Furuki, K. (2010). Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. Rev. "Medicina", Vol. 16 N°1, 25. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/16.1/RM.16.1.04.pdf>

Cuadro 7.

Manifestaciones clínicas la succión digital.

Signos Clínicos	Frecuencia	Porcentaje
Dedos Aplanados	5	9%
Limpios	11	19%
Retroinclinación dientes Anteriores Inf.	3	5%
Vestibularización de dientes Anteriores Sup.	5	9%
Ninguno	33	58%
Total	57	100%

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

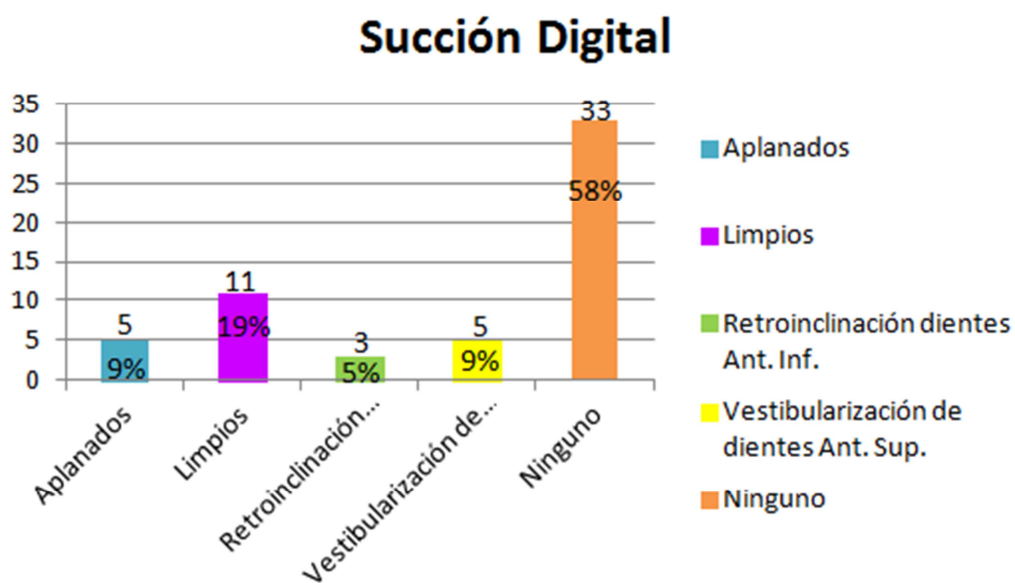


Gráfico N°7. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

El Gráfico N°7 indicó las manifestaciones clínicas en la succión digital en una muestra de 115 niños se observó Signos Clínicos como dedos Limpios en 11 niños (19%), dedos Aplanados en 5 niños (9%), Vestibularización de dientes anteriores superiores presente en 5 niños (9%), Retroinclinación de dientes inferiores anteriores lo manifestó 3 niños (5%), mientras que en 33 niños (58%) no fue hallado ningún hábito.

Anexando parte del marco teórico en la página 14 de la obra de Salette & cols⁶⁶ (2009) se puede referenciar que:

La mayoría de los niños portadores del hábito se chupan el dedo pulgar, más encontramos aquellos que usan el dedo índice, y una minoría que chupan ambos dedos el pulgar e índice y aun otros dedos. Cuando se succiona el pulgar este se posiciona presionando las rugosidades del paladar, el índice se apoya muchas veces sobre la punta de la nariz o doblado con los demás dedos. (p. 47)

Consultando la obra de Boj⁶⁷ (2011), se puede conocer que:

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

En el examen intraoral, permite encontrar una serie de situaciones asociadas, como respiración bucal habitual e interposición lingual, sobre todo en niños con mordida abierta, aunque también encontramos estrechamiento del arco dental con presencia de mordida cruzada posterior. (p. 535)

⁶⁶ Salette, M., Schmitt, R., Young, S. (2009). Salud Bucal del bebe al adolescente. República Federativa de Brasil: Santos.

⁶⁷ Boj, J., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Ripano.

En este estudio se demostró que dentro de la población de estudios solo 5 fueron portadores del hábito de la succión digital, y dentro de los signos clínicos relevantes tuvimos la vestibularización de dientes anteriores superiores y el aspecto de los dedos aplanados lo cual corrobora la cita antes mencionada sobre los signos clínicos del hábito.

Cuadro 8.

Manifestaciones clínicas en la interposición lingual.

Signos Clínicos	Frecuencia	Porcentaje
Lengua Normal	112	97%
Interpuesta	3	3%
Total	115	100%

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

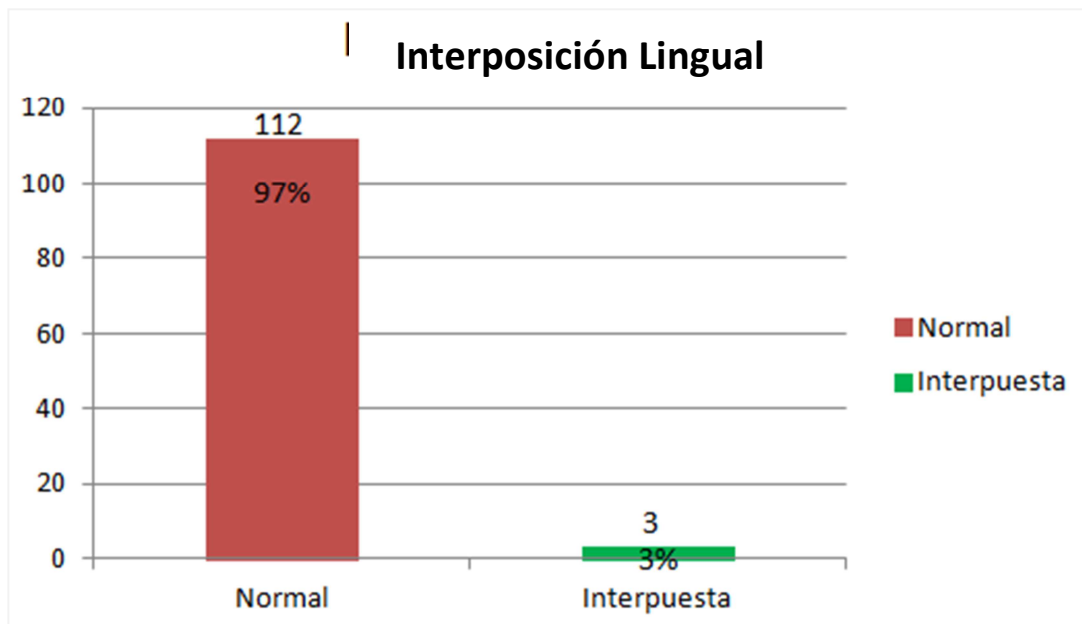


Gráfico N°8. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

Como se logra observar en el gráfico N°8 sobre los Hallazgos Clínicos en la interposición lingual encontramos 112 niños (97%) con posición de la lengua normal, mientras 3 niños (3%) manifestaron interposición lingual de un total de 115 niños.

Anexando marco teórico página 24 del artículo publicado por Alemán⁶⁸ (2007), puedo referenciar que los tipos de interposición lingual son:

Interposición lingual en reposo: se anotó cuando en estado de reposo la lengua se encuentra interpuesta entre las arcadas dentarias superior e inferior, ya sea en el sector anterior o lateral.

Interposición lingual en deglución: se indicó al niño que tragara saliva y se examinó si la lengua se proyecta entre las arcadas dentarias en su región anterior en el momento de efectuarse la deglución, esta puede proyectarse o no con fuerza

Como se puede observar solo 3 niños fueron portadores del hábito de interposición lingual en los cuales la lengua se encontró interpuesta entre las arcadas dentarias superior e inferior lo cual concuerda con nuestro marco teórico donde indica la posición de la lengua en caso de ser portadores del hábito de interposición lingual.

⁶⁸ Alemán, P., González, D., Díaz, L., Delgado, Y. (2007, junio) Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Revista Cubana de Estomatología. 44. N°2. La Habana. República de Cuba. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001

Cuadro 9.

Hallazgos Clínicos Dentales en los diferentes hábitos

Signos Clínicos	Frecuencia	Porcentaje
Vestibularización dientes superiores	5	4%
Retroinclinación dientes inferiores	3	3%
Astillamiento dientes anteriores	20	17%
Superficie Oclusal aplanada	8	7%
Superficie palatina desgastada	10	9%
Superficie Vestibulo incisal desgastada	11	10%
Ninguno	58	50%
Total	115	100%

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

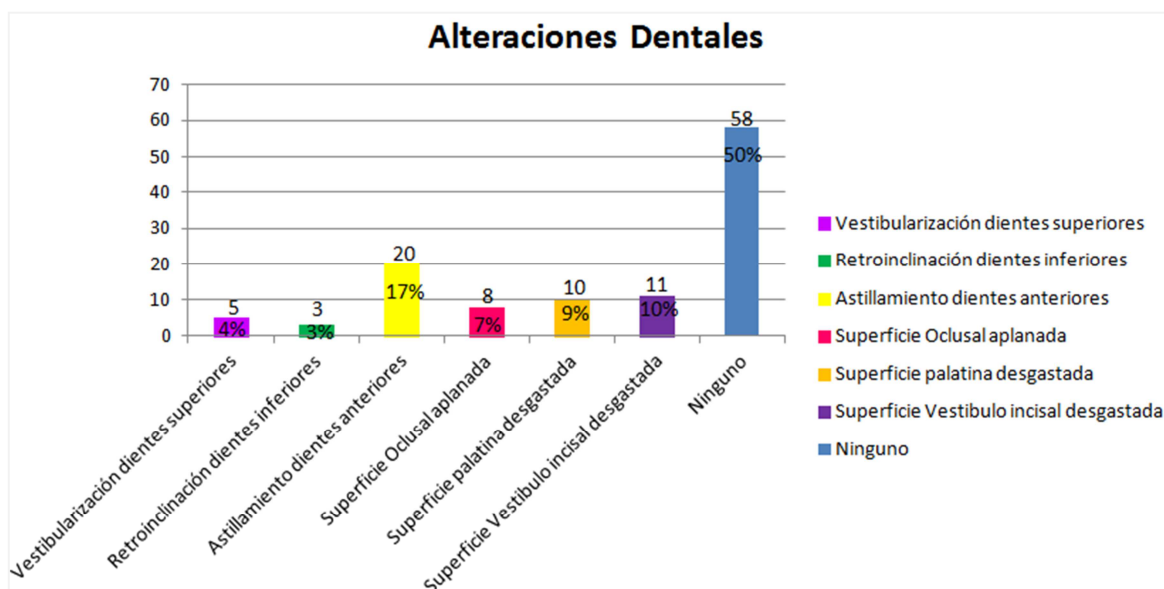


Gráfico N°9. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

En el gráfico N°9 observamos los hallazgos clínicos dentales tales como Vestibularización dientes superiores presentes en 5 niños (4%), Retroinclinación dientes inferiores se identificó en 3 niños (3%), el Astillamiento dientes anteriores lo manifestaron 20 niños (17%), Superficie Oclusal aplanada 8 niños (7%), Superficie palatina desgastada estuvo presente en 10 niños (9%), Superficie Vestíbulo incisal desgastada se encontró en 11 niños (10%) y por últimos 58 niños (50%) no presentó ningún hallazgo clínico dental de una población total de 115 niños.

Analizando la obra en la página 14 de la obra Boj⁶⁹ (2011) se puede transcribir que: “Los signos dentales del hábito pueden variar, de arcos y dientes bien alineados, a dientes protuidos y con diastemas” (p. 535).

Considerando la obra de Vallejo⁷⁰ (2002) agregada en la página 19 del marco teórico, se puede referenciar que:

Los dientes en la mayoría de los casos dan muestras del hábito en la forma de coronas molares aplanadas y desgaste lingual de los dientes antero-superiores. Algunos niños aprietan los dientes con tal fuerza que el rechinar hace que se salte el esmalte del área labioincisal en los dientes anteroinferiores. (p. 42)

Examinando en la página 23 de la investigación realizada por Cedeño⁷¹ (2012), se puede referenciar que:

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

⁶⁹Boj, J., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). Odontopediatría la evolución del niño al joven adulto. Madrid, Reino de España: Ripano.

⁷⁰Vallejo, E., Gonzáles, E., Del Castillo, R. (2002). El bruxismo infantil. Rev. “Odontología Pediátrica”, Vol. 10 N°3. Madrid. Reino de España.

⁷¹Cedeño, F. (2012). Hábitos Parafuncionales y su incidencia en la maloclusión. Tesis de Grado no publicada, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, República del Ecuador.

oral. Esto puede causar alteraciones en la estética de los dientes por abrasión, erosión, astillamiento y malposición. (p. 47)

En este estudio, se encontró que el astillamiento de dientes anteriores fue el que más prevaleció dentro de las manifestaciones dentales, puesto que la onicofagia fue el hábito bucal parafuncional más frecuente en esta población, lo cual corrobora con la cita bibliográfica anexada donde indica los signos clínicos de la onicofagia.

Cuadro 10.

Manifestaciones clínicas en la Onicofagia.

Signos Clínicos	Frecuencia	Porcentaje
Paroníquia	20	25%
Callosidades	18	22%
Hongos	0	0%
Uñas Mordidas	23	28%
Astillamiento dientes anteriores	20	25%
Total	81	100%

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

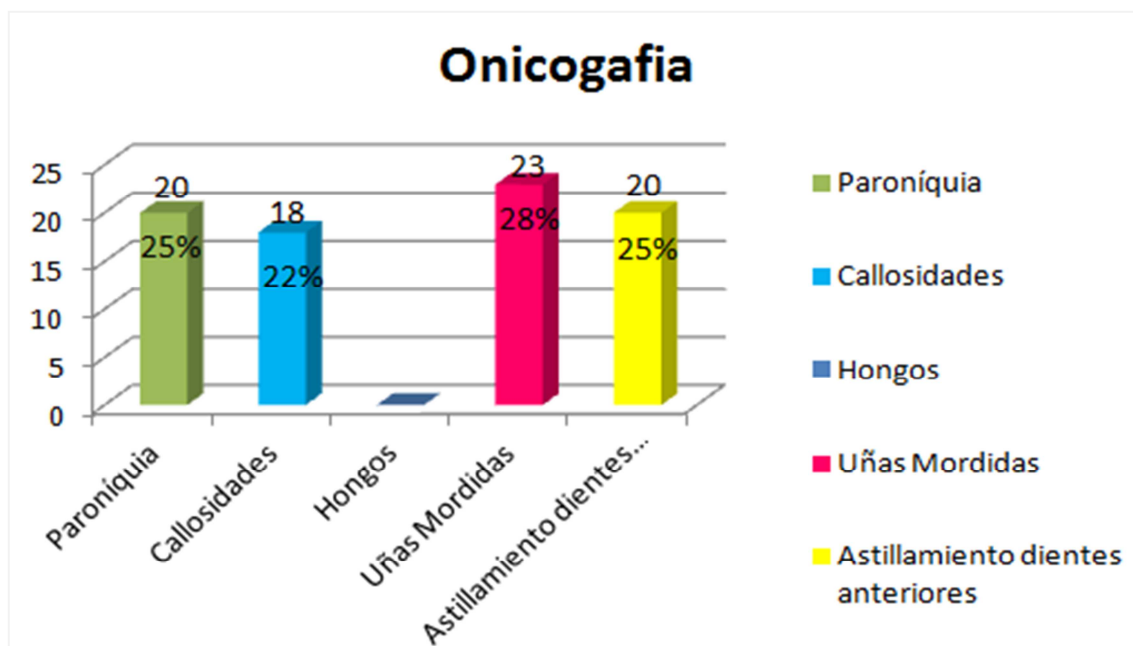


Gráfico N°10. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

En el gráfico N°10 observamos las consecuencias con respecto al hábito de onicofagia los niños que poseen Paroniquia 20 niños(25%), Callosidades 18 niños (22%), Hongos 0 niños (0%), Uñas Mordidas 23 niños (28%), Astillamiento dientes anteriores 20 niños (25%).

Considerando la obra del Programa de Salud Universidad de Antioquia⁷² (2013), se puede transcribir que:

Esta costumbre, que consiste en comerse las uñas, causa desgaste y astillamiento prematuro de los dientes delanteros. Puede producir abrasión, erosión y también una mala posición de los dientes. De otra parte, las pequeñas heridas que se producen en la boca por este hábito, pueden causar llagas, herpes u otras infecciones. (párr. 9)

Anexando la obra de Borboni & cols. (2008)⁷³ del marco teórico p. 15 se puede conocer que:

El dedo que es utilizado para la succión del niño se identifica a simple vista porque tiene un aspecto bastante notorio, en algunas ocasiones presentan formas aplanadas, eccema irritativo, alopecia, paroniquia, uñeros o deformaciones del dedo. (p. 662)

⁷²Programa de Salud Universidad de Antioquia. (2013). Los malos hábitos orales hay que prevenirlos a tiempo. Saluda. Medellín – República de Colombia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014]

Disponible en:

<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/BibliotecaProgramas/ProgramaSalud/Secciones/enBocaSegura/SaludOral/Los%20malos%20h%C3%A1bitos%20orales%20hay%20que%20prevenirlos%20a%20tiempo>

⁷³ Bordini, N., Escobar Rojas, Alfonso., Castillo Mercado, R. (2008). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

Dentro de las alteraciones más comunes de la onicofagia encontramos la paroniquia y las callosidades además de la presencia de las uñas mordidas manifestaciones clínicas presentes en los portadores de onicofagia, estos signos clínicos se relacionan con los que se encuentran en el marco teórico en la página 22.

Cuadro 11.

Manifestaciones clínicas del Bruxismo

Signos Clínicos	Frecuencia	Porcentaje
Superficie VestibuloIncisal desgastada	11	34%
Superficie Oclusal aplanada	8	25%
Superficie Palatina anterior desgastada	10	31%
Encia Blanquecina	3	9%
Total	32	100%

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

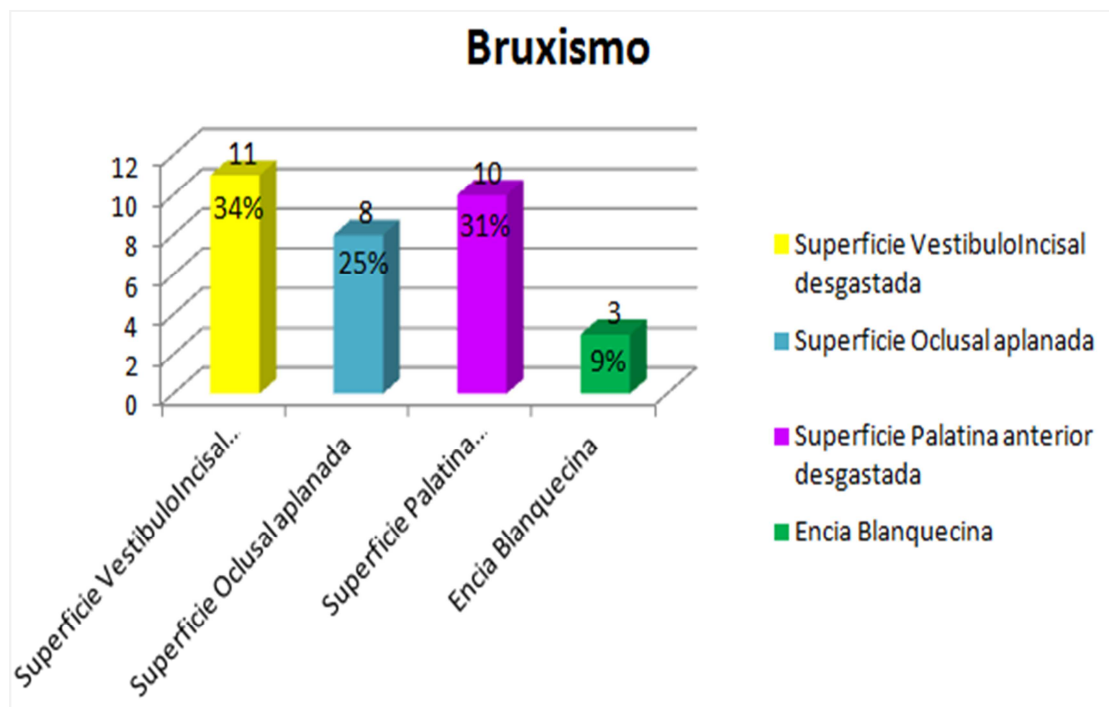


Gráfico N°11. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

En el gráfico N°11 observamos las manifestaciones clínicas en el Bruxismo: Superficie Vestibulo Incisal desgastada fue encontrada en 11 niños (34%), Superficie Oclusal aplanada se identificó en 8 niños (25%), Superficie Palatina anterior desgastada se manifestó en 10 niños (31%) y finalmente 3 niños (9%) con la encía blanquecina.

Considerando la obra de Vallejo⁷⁴ (2002), se puede referenciar que:

Los dientes en la mayoría de los casos dan muestras del hábito en la forma de coronas molares aplanadas y desgaste lingual de los dientes antero-superiores. Algunos niños aprietan los dientes con tal fuerza que el rechinar hace que se salte el esmalte del área labioincisal en los dientes anteroinferiores. (p. 42)

Analizando la obra de Vallejo⁷⁵ (2002), se puede mencionar sobre los signos del bruxismo que “La encía puede presentar un blanqueamiento no habitual, sobre todo al morder, y en ocasiones se aprecian los festones de McCall’s, bandas de encía hiperplásica en la unión dentogingival” (p.43)

En el estudio se encontró que los signos clínicos con mayor frecuencia en el bruxismo fueron el desgaste a nivel de la superficie vestibulo incisal seguida por superficie oclusal aplanada lo cual coincide con el marco teórico presente en la página 19 y 20 donde indica que los dientes afectados por el hábito de bruxismo presentan dichas manifestaciones clínicas

⁷⁴Vallejo, E., Gonzáles, E., Del Castillo, R. (2002). El bruxismo infantil. Rev. “Odontología Pediátrica”, Vol. 10 N°3. Madrid. Reino de España.

⁷⁵Vallejo, E., Gonzáles, E., Del Castillo, R. (2002). El bruxismo infantil. Rev. “Odontología Pediátrica”, Vol. 10 N°3. Madrid. Reino de España.

Cuadro 12.

Manifestaciones Clínicas en la respiración oral.

Signos Clínicos	Frecuencia	Porcentaje
Labio superior hipotónico	3	6%
Labio superior corto	12	24%
Cierre labial alterado	10	20%
Labio inferior Hipertónico	3	6%
Labio inferior seco	4	8%
Cara triste	7	14%
Cara cansada	5	10%
Ojeras	6	12%
Total	50	100%

Nota: Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

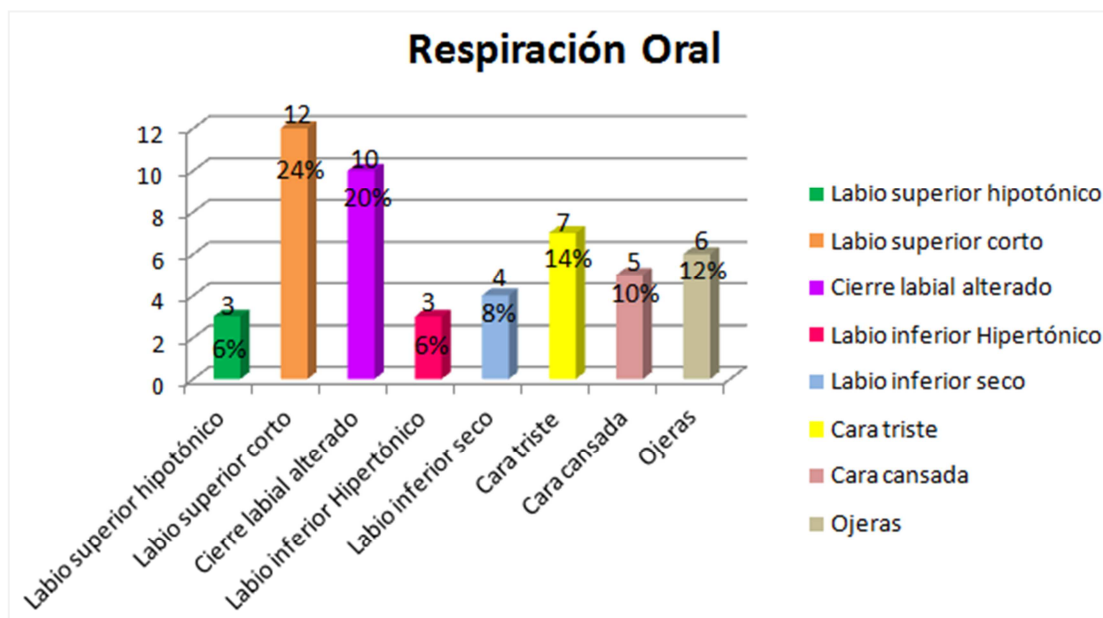


Gráfico N°12. Resultados obtenidos en la ficha de observación aplicada en los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 2

Análisis e interpretación:

En el gráfico N°12 observamos las manifestaciones clínicas de los portadores del hábito de Respiración Oral encontramos que 3 niños (6%) presentaron Labio superior hipotónico, 12 niños (24%) manifestaron Labio superior corto, se encontró que en 10 niños (20%) existía un cierre labial alterado, se identificó la presencia del labio inferior Hipertónico en 3 niños (6%), Labio inferior seco en 4 niños (8%), clínicamente se pudo observar que 7 niños (14%) presentaron cara triste, mientras que en 5 niños (10%) se identificó cara cansada, y finalmente 6 niños (12%) con ojeras.

Analizando la obra de Cevallos (2011)⁷⁶, se puede transcribir:

Tos seca, tos nocturna, incapacidad respiratoria, apneas obstructivas del sueño (interrupción momentánea de la respiración), trastornos en el desarrollo del macizo facial (paladar estrecho y hundido, mandíbula prolongada), deglución atípica, dientes mal implantados, sinusitis, otitis, trastornos de la audición, falta de atención, retraso escolar, alteraciones posturales, ojeras, ojos cansados y sin brillo; dormir con boca abierta, labio superior corto y normalmente mostrando los dientes, labio inferior laxo, incisivos normalmente para adelante, escaso desarrollo del tórax. (párr. 4)

Indagando en la obra de Boj (2011), se puede citar que los efectos funcionales de la respiración oral son: “Interposición del labio inferior que presenta hipertonicidad, mientras que el superior suele ser corto e hipotónico” (p.524).

De acuerdo a los datos obtenidos el signo clínico más predominante en el hábito de la respiración oral fue labio superior corto seguida por el cierre labial alterado lo cual se relaciona con el marco teórico de la página 21 y 22 donde indican estos signos como parte de las características clínicas del Hábito de respiración oral.

⁷⁶ Cevallos, I. (2011). Síndrome del Respirador Bucal. Mundo actual. [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en: <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/02/10/sindrome-del-respirador-bucal/>

4.2. Análisis e interpretación de resultados de la encuesta dirigida a los padres de familia de la Unidad Educativa Arco Iris.

Cuadro 13.

De los siguientes hábitos cuál cree usted que su hijo padece

Habito Parafuncional	Frecuencia	Porcentaje
Succión Digital	3	3%
Succión Labial	0	0%
Onicofagia	9	8%
Bruxismo	14	12%
Respiración Oral	18	16%
Deglución Atípica	0	0%
Interposición Lingual	1	1%
Habito de la Masticación	0	0%
Sin Hábito	70	61%
Total	115	100%

Nota: Resultados de la encuesta aplicada para padres de familia. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 4

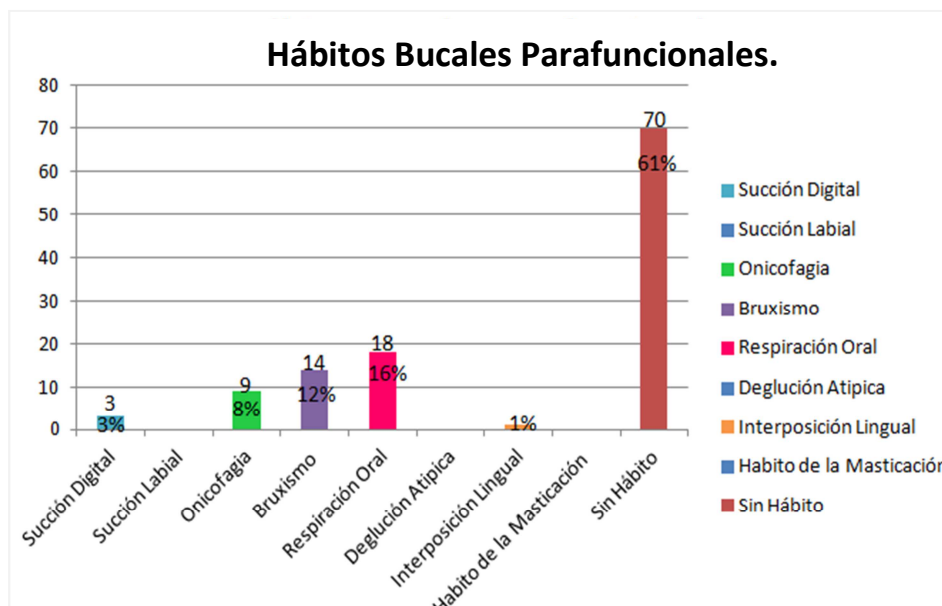


Gráfico N°13. Resultados de la encuesta aplicada para padres de familia. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 4

Análisis e interpretación:

En el gráfico N°13 obtenemos los resultados de las encuesta dirigidas a los padres de familia de la Unidad Educativa Arco Iris como resultado obtuvimos que 3 padres de familia indicaron que su hijo presentaba succión digital (3%), 9 padres manifestaron que su hijo padecía onicofagia (8%), se agregó que 14 padres de familia indicaron que su hijo presentaba bruxismo (12%), mientras que 18 padres de familia indicaron la presencia de respiración oral en sus hijos (16%), el hábito de interposición lingual solo lo manifestó un padre de familia (1%).

En la página 12 del marco teórico a través de la obra de Lugo & Toyo (2011), puedo citar que: “Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional” (p. 2).

A través de la encuesta realizada a los padres da a conocer que el 39% de padres de familia conocen la presencia de hábitos en sus hijos mientras que el 61% de padres no conoce que su hijo es portador de un hábito e aquí la importancia del estudio, tal como lo indica el párrafo antecedente la presencia de los hábitos bucales puede aparecer por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.

Cuadro 14.

Ha notado si su hijo aprieta o rechinan los dientes durante el día.

Alternancia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	14	12%
No	101	88%
Total	115	100%

Nota: Resultados de la encuesta aplicada para padres de familia. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 4

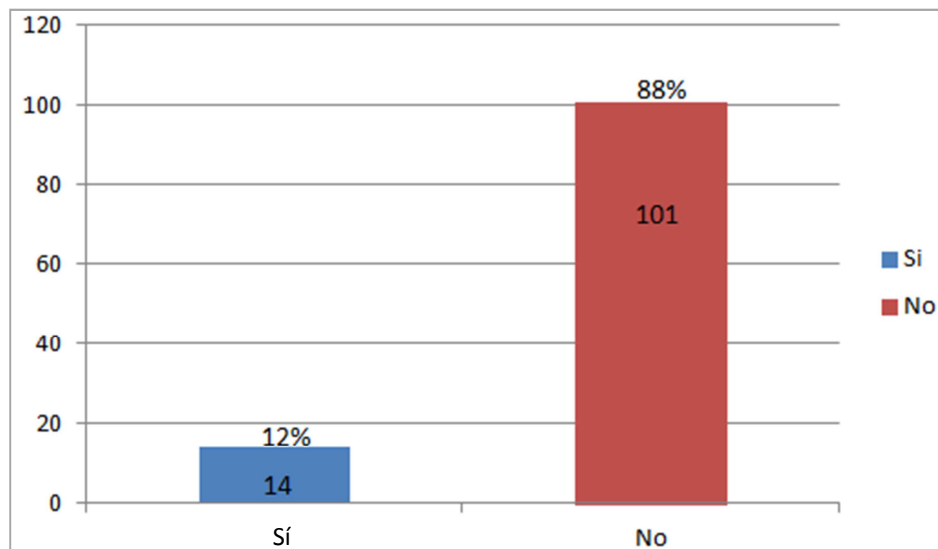


Gráfico N°14. Resultados de la encuesta aplicada para padres de familia. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 4

Análisis e interpretación:

El gráfico N° 14 hace referencia a la encuesta realizada los padres de familia si los niños aprietan o rechinan los dientes durante el día las respuestas fueron 14 padres respondieron que sí equivalente a 12% y un restante de 101 (88%) respondieron que no lo hacen sumando un total 115 respuestas.

Considerando la obra de Borrás y cols.⁷⁷ (2011), se puede referenciar que:

El bruxismo se define como un apretamiento o frotación no funcional de los dientes de forma prolongada e intensa que puede provocar patologías dentales. En ambos casos, el sujeto no suele ser consciente de este comportamiento. Se consideran fundamentalmente dos tipos de bruxismo, a los que se denominan bruxismo céntrico, producido por apretamiento de los dientes, y bruxismo excéntrico, provocado por el frotamiento de los mismos. A su vez, el bruxismo puede ser nocturno o diurno, diferenciándose ambos en que:

El bruxismo nocturno es rítmico y conlleva sonidos, el diurno no.

El nivel de conciencia del sujeto es diferente en ambas conductas.

Los sujetos que presentan bruxismo nocturno afirman no presentar dicho comportamiento durante el día. (p. 37)

⁷⁷Borrás, S., Talens, T., Monleón, C., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Logopedia e intervención. Nau Llibres.

Cuadro 15.

Ha notado si su hijo aprieta o rechinan los dientes durante la noche.

Alternancia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	19	17%
No	96	83%
Total	115	100%

Nota: Resultados de la encuesta aplicada para padres de familia. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 4

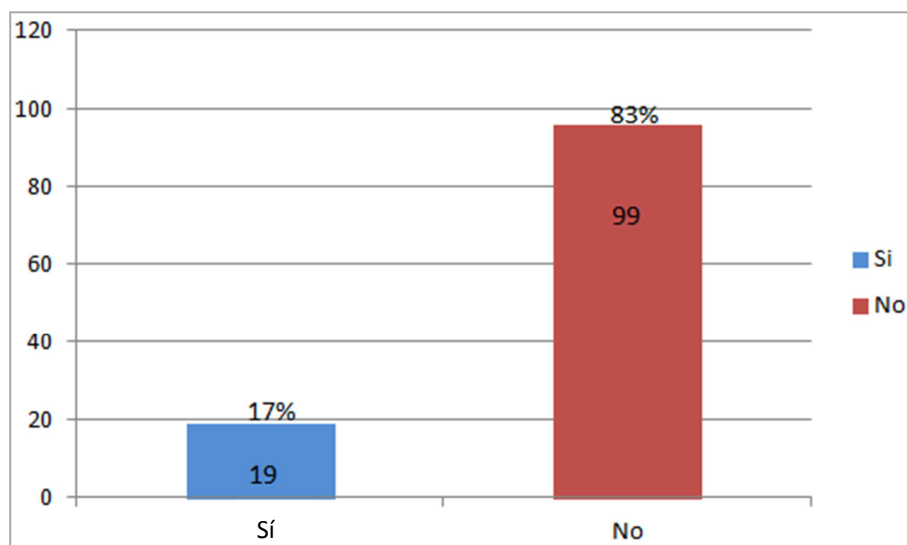


Gráfico N°15. Resultados de la encuesta aplicada para padres de familia. Realizado por: Autora de tesis. Anexo 4

Análisis e interpretación:

El gráfico N° 15 hace referencia a la encuesta aplicada a los padres de familia si los niños aprietan o rechinan los dientes durante el día las respuestas fueron 19 niños equivalente a 17% que respondieron que sí rechinan los dientes y un restante de 96 (83%) que respondieron que no lo hacen sumando un total de 115 respuestas.

Considerando la obra de Borrás y cols.⁷⁸ (2011), se puede referenciar que:

El bruxismo se define como un apretamiento o frotación no funcional de los dientes de forma prolongada e intensa que puede provocar patologías dentales. En ambos casos, el sujeto no suele ser consciente de este comportamiento. Se consideran fundamentalmente dos tipos de bruxismo, a los que se denominan bruxismo céntrico, producido por apretamiento de los dientes, y bruxismo excéntrico, provocado por el frotamiento de los mismos. A su vez, el bruxismo puede ser nocturno o diurno, diferenciándose ambos en que:

El bruxismo nocturno es rítmico y conlleva sonidos, el diurno no.

El nivel de conciencia del sujeto es diferente en ambas conductas.

Los sujetos que presentan bruxismo nocturno afirman no presentar dicho comportamiento durante el día. (p. 37)

⁷⁸Borrás, S., Talens, T., Monleón, C., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Logopedia e intervención. Nau Llibres.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

En base a la investigación sobre hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris se pudo concluir que:

De los 115 niños y niñas se identificó que 66 presentaban hábitos bucales. El rango de edad predominante es de 5 años y el resultado de la muestra con mayor incidencia en hábitos parafuncionales fue en el género femenino.

Dentro del estudio se encontró con mayor prevalencia el hábito de la onicofagia, seguidos por la presencia de bruxismo y luego la respiración oral, mientras que en menor grado frecuencia se ubicaron los hábitos de succión digital e interposición lingual. En el estudio se encontró 11 niños con la combinación de dos hábitos que son el bruxismo y onicofagia.

Se pudo determinar que dentro del hábito de onicofagia los signos clínicos con mayor prevalencia fueron uñas mordidas, paroniquia, y astillamiento dental anterior. En el bruxismo se presentaron superficie vestibuloincisal y palatina desgastada junto con una superficie oclusal aplanada. En cuanto al hábito de respiración oral los signos con mayor prevalencia fueron el labio superior corto y cierre labial alterado.

5.2. Recomendaciones.

Planificar un programa educativo dirigido a los padres de familia, profesores y estudiantes de la Unidad Educativa Arco Iris sobre hábitos bucales parafuncionales, para que conozcan sus consecuencias, tratamiento y se realicen las medidas preventivas para evitar alteraciones dentales y esqueléticas.

CAPÍTULO VI.

4. Propuesta Alternativa.

6.1. Datos Informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Información de hábitos bucales parafuncionales dirigidos a los estudiantes, padres de familia y profesores de la Unidad Educativa Arco Iris.

6.1.2. Entidad ejecutora.

Unidad Educativa Arco Iris.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos: Niños y niñas de la unidad Educativa Arco Iris.

Beneficiarios indirectos: Padres de familia y docentes de la Unidad Educativa Arco Iris.

6.1.4. Clasificación

De orden social y de tipo educativo.

6.1.5. Ubicación sectorial y física.

Cantón Portoviejo, autopista del Valle Manabí Guillen. provincia Manabí en la República del Ecuador.

6.2. Introducción.

Los hábitos bucales se dan como acciones repetidas en la boca, algunas de ellos pueden originar parafunciones; que se dan como actos conscientes que pueden pasar a actos inconscientes. Además la presencia de estos hábitos puede desencadenar en alteraciones tanto dentales como mala oclusión; 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 ósea.

La presente propuesta consistió en promocionar información sobre los hábitos bucales parafuncionales, sus consecuencias y tratamientos; a los padres de familia de la Unidad Educativa Arco Iris además de brindar la información necesaria a los docentes.

6.3. Justificación.

La investigación de campo permitió obtener resultados mediante las encuestas y ficha de observación realizada a los niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris, pudiendo notar la presencia de hábitos bucales parafuncionales. Se puede mencionar que algunos padres conocen la presencia del hábito en sus hijos mientras que la mayoría la desconocen.

Es importante realizar este proyecto debido a los problemas encontrados en la Unidad Educativa Arco Iris del cantón de Portoviejo, se pudo verificar que la población atendida no tiene conocimiento alguno sobre el manejo de los hábitos parafuncionales. Lo cual se quiere mejorar, brindando el respectivo material educativo tanto para la población infantil como para los adultos, buscando la mejor forma de llegar a ellos.

Esta propuesta fue factible porque se contó con el apoyo de las autoridades del plantel para brindar la información adecuada a los padres de familia y profesores, los beneficiarios fueron los niños y padres de familia, ya que al instruirse evitarán mayores gastos económicos en tratamientos odontológicos correctivos.

6.4. Marco Referencial.

La Unidad Educativa Arco Iris nace como una necesidad de calidad educativa en la ciudad de Portoviejo hacia el año 1987, inicia sus actividades como “Jardín de Infantes Particular Mixto Arco Iris” mediante acuerdo Ministerial No. 027-DT del año lectivo 1989-1990 nace la “Escuela Particular Arco Iris” para el año 1996 y gracias a la gran demanda presentada a favor de la institución, el “Colegio Particular Arco Iris” mediante acuerdo Ministerial No. 00261 de 26 de marzo de 1996, empieza a formar a los adolescentes que salían de la sección primaria, con primero y segundo curso de ciclo básico en jornada matutina, incrementando su oferta educativa cada año lectivo, hasta que mediante oficio No. 029-AJ-SCDP-DECM del 18 de enero del 2000 la Comisión Provincial de Defensa Profesional, resuelve aprobar el cambio de denominación de Colegio Particular Arco Iris a Unidad Educativa Arco Iris.

Desde su fundación, la institución ha venido trabajando por el fortalecimiento de los aprendizajes en los miembros de la comunidad educativa, marcando un horizonte acorde con las necesidades de la población de la provincia de Manabí. En virtud de lo antes expuesto, la Unidad Educativa Arco Iris a través de la participación de cada uno de los actores institucionales (estudiantes, padres de familia, docentes, autoridades y personal administrativo y de apoyo) se ha comprometido con la

construcción de una sociedad para el Buen Vivir; para ello ha reestructurado la misión y visión, así como su ideario.

Analizando la información disponible en el sitio web de la Unidad Educativa Arco Iris⁷⁹ (2011), se puede citar que:

Quienes hacemos, Unidad Educativa "Arco Iris", sellamos nuestro compromiso de trabajo responsable y serio, junto a nuestra actual Rectora Annabelle B. de Ledergerber, pues estamos seguros que juntos caminaremos en la búsqueda constante de la SUPERACIÓN y el ÉXITO. (párr. 5 - 6)

6.5. Objetivos.

6.5.1. Objetivo general.

Promocionar la adecuada información de hábitos bucales parafuncionales en la Unidad Educativa Arco Iris.

6.5.2. Objetivo específico.

Informar a los padres de familia y docentes de la Unidad Educativa Arco Iris sobre las causas, consecuencias y tratamiento de los hábitos bucales en sus hijos.

Incentivar a los niños y niñas a visitar al odontólogo para así tratar el hábito que padece y prevenir futuras alteraciones.

⁷⁹Unidad Educativa Arco Iris. (2011). Reseña Histórica. [En línea]. Consultado: [25, junio, 2015]
Disponible en:
http://arcoiris.edu.ec/unidad/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=55

6.6. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se contó con la colaboración de los directivos de la Unidad Educativa Arco Iris. Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades.

Primera fase:

Se socializó con las autoridades de la Unidad Educativa Arco Iris

Se elaboró un tríptico para la Unidad Educativa Arco Iris.

Se elaboró un Cd con material didáctico para niños de la Unidad Educativa Arco Iris

Segunda fase:

Se realizó la entrega de los trípticos y Cd a la Unidad Educativa Arco Iris

Factibilidad

Fue factible porque además de contarse con la aprobación de la institución, se requiere de programas educativos donde se comunique a la población la problemática y además se brinde una solución impartiendo información. Y los profesionales que laboran en dicha unidad obtuvieron la información para brindarles a los padres y niños. A demás que no implicó inversión económica ni el consumo de servicio adicional.

Sostenibilidad.

Es sostenible ya que la Unidad Educativa Arco Iris cuenta con la disposición de las instalaciones y del personal capacitado para la realización de este proyecto.

6.7. Actividades.

Cuadro 16.

Actividades	Fecha
Socialización de la propuesta con los directivos del plantel	20/06/2015
Elaboración del material didáctico (Tríptico)	24/06/2015
Elaboración del material didáctico (CD)	25/06/2015
Entrega	29/06/2015

Nota: Actividades realizadas en la propuesta de la tesis. Realizado por: Autora de tesis.

6.8. Recurso.

6.8.1. Humanos.

Investigadora.

Niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris.

Docentes y padres de familia de la Unidad Educativa Arco Iris.

6.8.2. Técnicos.

Tríptico.

Cd.

6.8.3. Materiales.

Hojas, textos, impresiones, copias, cd.

6.8.4. Financiero.

La propuesta fue financiada por la autora de la investigación.

6.8.5. Presupuesto.

Cuadro 17.

Rubros	Cantidad	Valor unitario	Costo total	Fuente financiera
Trípticos	200	0.05	10.00	Autora
Cd	7	0.75	5.25	Autora
Subtotal			15.25	
Improvistos 10%			1,53	
Total			16.78	Autora

Nota: Presupuesto de la propuesta de la tesis. Realizado por: Autora de tesis.

El costo aproximado es de \$16,78 dólares americanos, que fueron financiados por la investigadora.

Anexos:

Anexo 1.

Cuadro 18

Matriz de Operacionalización de Variables.

Variables	Tipo	Escala	Descripción	Indicadores
Edad	Cualitativa ordinal	4 años a 7 años	Edad Cronológica	Frecuentes y porcentajes
Sexo	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	Sexo Biológico	Frecuencia
Signos clínicos	Cualitativa nominal Politómica	Manifestaciones clínicas y objetivas	Mediante la ficha de observación	Frecuencia
Hábitos Parafuncionales	Cualitativa nominal dicotómica	-Succión Digital -Succión Labial -Bruxismo -Respiradores Orales -Onicofagia -Protracción ligal -Hábito de masticación	Según se observen los signos clínicos mediante la ficha de observación.	Frecuencias porcentajes

Nota: Matriz de operacionalización de variables. Realizado por: Autora de tesis.



Carrera de Odontología

Ficha de Observación

Edad:		Fecha:	
Sexo:	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Sin Hábito <input type="checkbox"/> Con Hábito <input type="checkbox"/>
I. Examen extraoral			
1. Dedos	Limpios Aplanados Paroniquia	Con callosidades Hongos Uñas Mordidas	Ninguno
2. Labios			
a) Labio superior	Normal	Hipotónico	Corto
b) Cierre labial	Normal	Alterado	
c) Labio inferior	Normal	Hipertónico	Seco
d) Marca de dientes en el labio inferior	Si	No	
e) Irritación de la piel cercana al labio inferior.	Si	No	
f) Cara	Normal	Triste	Cansado
g) Ojos	Normal	Ojera	
3. Nariz			
a) Reflejo Nasal	Normal	Alterada	
b) Espejo Bucal	Normal	Alterada	
c) Al sellar los labios	Respiración Normal	Respiración Alterada	
4. Masticación			
a) Unilateral	Si	Caries	Restauración Defectuosa
b) Bilateral	Si	No	
c) Encía	Normal	Blanquecina	
II. Examen intraoral			
5. Lengua			
a) En deglución	Normal	Interpuesta	
b) En reposo	Normal	Interpuesta	
6. Fonación			
a) Dificultad de fonación	D	T	L S N R

Ninguno		
7. Dental		
a) Vestibularización de dientes Superiores Anteriores	Si	No
b) Retroinclinación de dientes Inferiores Anteriores	Si	No
c) Astillamiento dientes anteriores	Si	No
d) Superficie Oclusal	Normal	Aplanada
e) Superficie Palatina Anterior	Normal	Desgastada
f) Superficie VestibuloIncisal	Normal	Desgastada
h) Línea Media	Normal	Desviada
8. Hábitos		
Hábito de Masticación Succión Digital Succión Labial Onicofagia Respiración Oral Bruxismo Deglución Atípica Interposición Lingual	Observación:	

Nota: Ficha de Observación. Realizado por: Autora de tesis.



CARRERA DE ODONTOLOGIA ENCUESTA

1. ¿Sabe usted si su hijo presenta algún hábito bucal?
 - a) Si ()
 - b) No ()
2. ¿A que edad comenzo a tener el hábito bucal?
 - a) Desde que nació ()
 - b) Desde que inicio el jardín ()
 - c) Desde que inicio la escuela ()
3. ¿Con qué frecuencia el niño realiza el hábito?
 - a) 1 vez al día ()
 - b) 2 veces al día ()
 - c) 3 veces al día ()
 - d) Constantemente ()
4. ¿El niño permanece siempre con la boca abierta?
 - a) Si ()
 - b) No ()
5. ¿Le cuesta juntar los labios?
 - a) Si ()
 - b) No ()
6. ¿Permanece su hijo con el dedo en la boca constantemente?
 - a) Si ()
 - b) No ()
7. ¿Ha visto a su hijo succionando el labio?
 - a. Si ()
 - b. No ()
8. ¿Sabe usted si su hijo ronca cuando duerme?
 - a) Si ()
 - b) No ()
9. ¿Al levantarse su hijo presenta dolor de cabeza y en musculatura mandibular?
 - a) Si ()
 - b) No ()
10. ¿Sabe usted si su hijo presenta dificultad para respirar por la nariz?
 - a. Si ()
 - b. No ()
11. Su hijo presenta alguna de estas patologías
 - a) Rinitis alérgica ()
 - b) Asma ()
 - c) Hipertrofia de las amígdalas ()
 - d) Desviación del tabique ()
 - e) Ninguna ()
12. A notado usted si su hijo aprieta o rechina los dientes durante el día
 - a. Si ()
 - b. No ()
13. A notado usted si su hijo aprieta o rechina los dientes durante la noche
 - a. Si ()
 - b. No ()
14. ¿Ha visto a su hijo morderse las uñas?
 - a. Si ()
 - b. No ()
15. De los siguientes hábitos cual cree usted que su hijo padece
 - a) Succión digital ()
 - b) Succión labial ()
 - c) Respiración oral ()
 - d) Bruxismo ()
 - e) Onicofagia ()

Nota: Encuesta. Realizado por: Autora de tesis.

Anexo 4.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Portoviejo, 21 de Mayo de 2015

Señor Padre de Familia

Ciudad.

Reciba un cordial saludo:

Yo, Ivette López Araujo, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, me dirijo a usted para informarle que realizaré una investigación previa a obtener mi título de Odontóloga. El tema se denomina: *“Hábitos Bucales Parafuncionales en niños y niñas de la Unidad Educativa Arco Iris en la ciudad de Portoviejo en el periodo 2015.”*

Esta investigación se llevará a cabo en las instalaciones de la Unidad Educativa Arco Iris; la misma que ya cuenta con la autorización de las respectivas autoridades. Por este motivo solicito a usted el permiso correspondiente para realizar la investigación en su representado. La investigación constará de:

- Un examen de la cavidad bucal de su hijo (a): Consiste en la observación de la boca del niño con la ayuda de un espejo bucal.
- Durante la investigación no se realizará ningún tratamiento invasivo ni mínimamente invasivo.
- Recolección de datos obtenidos.
- Se requiere que el representante del niño (a) responda todas las preguntas de la encuesta con la mayor sinceridad posible.
- Por favor contestar únicamente una alternativa en cada pregunta.

Usted es libre de aceptar o rechazar la participación en esta investigación, todos los datos obtenidos serán confidenciales, solo serán de conocimiento a las personas involucradas en la investigación.

Habiendo entendido los términos y objetivos de la investigación,
Yo _____ representante
de _____ permito que mi hijo (a) sea parte del estudio y
acepto ser parte del mismo también.

Espero su comprensión y estaré agradecida con su participación.

Atentamente,

Ivette López Araujo

C.I. 1309965711

Nota: Consentimiento Informado. Realizado por: Autora de tesis.

Anexo 5.

Cuadro 16.

Presupuesto de Tesis.

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total
Fotocopias	1000	Unidad	0.03	30,00
Papel	2	Resma	5.00	10.00
Impresiones	2000	Unidad	0.05	100.00
Cd	2	Unidad	0.75	1.50
Resaltador	1	Unidad	1.00	1.00
Corrector	1	Unidad	1.25	1.25
Bolígrafos	2	Unidad	0.45	0.90
Carpetas	5	Unidad	0.15	0.75
Viáticos	50	Dólar	2.00	100.00
Guantes	3	Caja	8.00	24.00
Porta baberos	2	Unidad	2.50	5.00
Campos de tela	5	Unidad	1.00	5.00
Gorros descartables	1	Paquete	10.00	10.00
Mascarilla	2	Caja	4.00	8.00
Exploradores bucales	15	Dólar	1.50	22.50
Anillados	3	Unidad	2.00	6.00
Subtotal				329.90
Imprevisto				32,59
Total				362.49

Nota: Presupuesto de tesis. Realizado por: Autora de tesis.

Anexo 7.

Imagen 2.



Nota: Diploma entregado a los niños después del examen clínico. Realizado por: Autora de tesis.

Anexo 8.

Fotos en la Unidad Educativa Arco Iris



Imagen N°3.
Realizado por el autor de esta tesis. (Anexo 8, p. 99)



Imagen N°4. Niño con onicofagia
Realizado por el autor de esta tesis. (Anexo 8, p. 99)

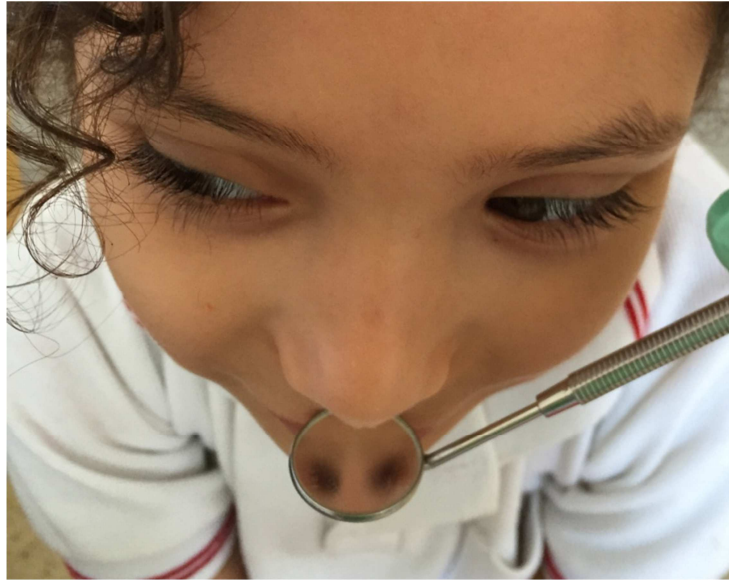


Imagen N°5. Realizando la prueba de respiración con el espejo bucal.

Realizado por el autor de esta tesis. (Anexo 8, p. 100)

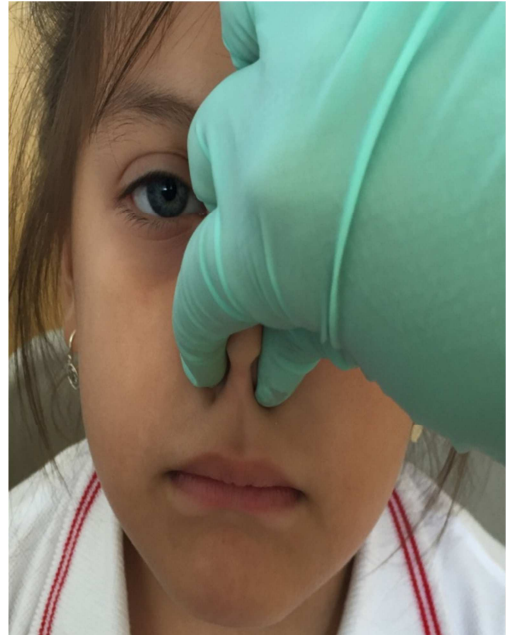
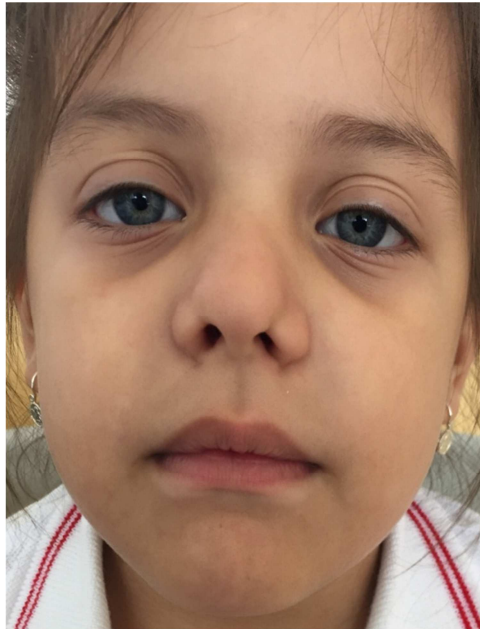


Imagen N°6. Realizando la prueba de respiración mediante el reflejo nasal.

Realizado por el autor de esta tesis. (Anexo 8, p. 100)



Imagen N°7. Niña bruxista con desgaste palatino
Realizado por el autor de esta tesis. (Anexo 8, p. 101)



Imagen N°8. Mientras se realizaba el examen extra oral.
Realizado por el autor de esta tesis. (Anexo 8, p. 101)



Imagen N°9.

Realizado por el autor de esta tesis. (Anexo 8, p. 102)



Imagen N°10.

Realizado por el autor de esta tesis. (Anexo 8, p. 102)



Imagen N° 11 Cd didáctico y tríptico
Realizado por el autor de esta tesis. (Anexo 8, p. 103)



Imagen N°12 Entrega Cd y Tríptico
Realizado por el autor de esta tesis. (Anexo 8, p. 103)

BIBLIOGRAFÍA

Alves, R. (2002). Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Pablo: Artes medicas LTDA.

Barbosa, J. (2012). Prevalencia del bruxismo en alumnos de Décimo semestre de la facultad de medicina campus Poza rica. Universidad Veracruzana Tuxpan. Poza Rica. Estados Unidos Mexicanos.

Berreza da Silva, Léa Assed. (2008). Tratado de Odontopediatría – Tomo 1. República Federativa de Brasil: Amolca.

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

Boj, J. Ferreira, L. (2010). Atlas de Odontopediatría. Madrid. Reino de España: Ripano.

Bordini, N., Escobar Rojas, Alfonso., Castillo Mercado, R. (2008). Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

Borrás, S., Talens, T., Monleón, C., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Logopedia e intervención. Nau Llibres.

Cedeño, F. (2012). Hábitos Parafuncionales y su incidencia en la maloclusión. Tesis de Grado no publicada, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, República del Ecuador.

Córdova, N. (2013). Protracción lingual y su relación con mordidas abiertas. Tesis de Grado no publicada, Universidad de Guayaquil, Guayaquil, República del Ecuador.

Díaz, S., García, M. (2008). Escuela de desarrollo de hábitos. (2ª Ed.). Reino de España: Díaz de Santos.

Mendoza, Sánchez y García. (2010). Estrés, aspectos sociales e impacto en la salud general y bucodental. Universidad autónoma de la Ciudad de Juárez, Estados Unidos Mexicanos.

Misch, C. (2009). Implantología contemporánea. (3ª Ed.). Reino de España: El Sevier Mosby.

Mosby. (2009). Diccionario de Odontología. Segunda Edición. Elsevier España. Barcelona, Reino de España.

Navarro, C. (2008). Cirugía Oral. Ediciones Arán. Reino de España.

Piñeda, F. (2012). Prevalencia de maloclusiones, necesidad y prioridad de tratamiento ortodóncico según el índice de maloclusión de la asociación Iberoamericana de Ortodoncistas (aio) en escolares con dentición mixta de la escuela “Juan María Riofrío” de la ciudad de Loja durante el periodo abril-noviembre del 2012. Tesis de Grado no publicada, Universidad Nacional de Loja, Loja, República del Ecuador.

Rodríguez, E., Casasa, R., Natera, C. (2007). 1.001 Tips en ortodoncia y sus secretos. Amolca. República Bolivariana de Venezuela.

Salete, M., Schmitt, R., Young, S. (2009). Salud Bucal del bebe al adolescente. República Federativa de Brasil: Santos.

Torres, R. (2008). Principios anatómicos y funcionales. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador (Citado en 2011). Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. República del Ecuador.

Vallejo, E., Gonzáles, E., Del Castillo, R. (2002). El bruxismo infantil. Rev. "Odontología Pediátrica", Vol. 10 N°3. Madrid. Reino de España.

Arizaleta, L. (2003). La lectura, ¿Afición o hábito? [En línea]. Consultado: [09, enero, 2015] Disponible en: http://www.anayainfantilyjuvenil.es/catalogos/capitulos_promocion/IJ00132101_9999980571.pdf

Unidad Educativa Arco Iris. (2011). Reseña Histórica. [En línea]. Consultado: [25, junio, 2015] Disponible en: http://arcoiris.edu.ec/unidad/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=55

Alemán, P., Gonzáles, D., Díaz, L., Delgado, Y. (2007, junio) Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Revista Cubana de Estomatología. 44. N°2. La Habana. República de Cuba. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001

Camarena, C., Martíne, M., Poma, S., Taipe, C. (2013). Hábitos en Ortodoncia. [En línea]. Consultado: [16, junio, 2015] Disponible en: <http://es.slideshare.net/marlenitaur/hbitos-en-ortodoncia-ii>

Cevallos, I. (2011). Síndrome del Respirador Bucal. Mundo actual. [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en: <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/02/10/sindrome-del-respirador-bucal/>

Días Da Silva, C. (2004). La orientación masticatoria como Terapia Coadyuvante en Maloclusiones, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatría. Caracas. República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/pdf/art12.pdf>

Furuki, K. (2010). Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. Rev. "Medicina", Vol. 16 N°1, 25. [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/16.1/RM.16.1.04.pdf>

González., A. (2005). Malos Hábitos de la Masticación, Revista Diario Libre. Santo Domingo, República Dominicana. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: http://www.diariolibre.com/noticias/2005/12/23/i83359_malos-hbitos-masticacin.html

Jaramillo, N. (2005). Algunas costumbres alteran su dentadura (Malos Hábitos), Con tu salud. Cartagena de Indias, República de Colombia. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2015] Disponible en: http://www.contusalud.com/website/folder/sepa_odontologia_malhabitos.htm

Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D'Jurisic A. Alcedo C., Molero L., Tedaldi J. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia.

República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014]
Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art20.pdf>

Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos Orales más comunes y cómo influyen en las malas oclusiones, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia. Caracas, República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Consultado: [28, agosto, 2014] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art20.pdf>

Martin L. (2013, septiembre 29) Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Artículos de Revisión. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2015]
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc210610.pdf>

Murrieta-Pruneda, J, Allendelagua R., Pérez Silva, L., Juárez-López, L., Linares Vieyra, C., Meléndez, A., Zurita Murillo, V., Solleiro Rebolledo, M. (2011). Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, República de México, 68(1), 26-33. [En línea]. Consultado: [2, junio, 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462011000100004&script=sci_arttext

Narvárez, M., Muñoz, Y., Villota, C., Mafla, A. (2010). Hábitos Orales en niños de 6-10 años de la Escuela ITSIN de San Juan de Pasto. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v12n1/v12n1a04.pdf>

Navas, C. (2012). Hábitos Orales, Carta de Salud. – Fundación Valle del Lili. N°118 Santiago de Cali, Republica de Colombia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014]
Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

Programa de Salud Universidad de Antioquia. (2013). Los malos hábitos orales hay que prevenirlos a tiempo. Saluda. Medellín – República de Colombia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/BibliotecaProgramas/ProgramaSalud/Secciones/enBocaSegura/SaludOral/Los%20malos%20h%C3%A1bitos%20orales%20hay%20que%20prevenirlos%20a%20tiempo>

Ramón, A., Siancha, A., Rao, M. (2012). Masticación Viciosa: diagnóstico radiográfico, Revista del Círculo Argentino de Odontología. República Argentina. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2015] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=&nextAction=lnk&exprSearch=689032&indexSearch=ID#refine>

Reyes, D., Paneque, M., Almeida, Y., Quesada, L., Escalona, D., Torres, S. (2014). Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años: Estudio de casos y controles. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5927>

Tejada, P. (2012). Deglución atípica. CINTECO Psicología clínica y psiquiátrica. Madrid. Reino de España. [En línea]. Consultado: [28, agosto, 2014] Disponible en: <http://www.cinteco.com/profesionales/2012/12/27/deglucion-atipica/>

Universia Perú. (2008). Respirar por la boca acarrea muchos males. República de Perú. [En línea]. Consultado: [11, mayo, 2015] Disponible en: <http://sitios.universia.edu.pe/noticias/principales/destacada.php?id=65857>

Vera, A., Chacón, E., Ulloa, R., Vera, S. (2004). Estudio de la relación entre la Deglución atípica, Mordida abierta, Dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en

niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas – República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Consultado: [11, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/art6.asp>