



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de
Odontóloga.

Tema:

Hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo – junio de 2015.

Autora.

Angie Estefanía Solórzano Marcillo.

Director de tesis.

Dr. César Burgos Morán. Mg. Ge.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí –República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Dr. César Burgos Morán. Mg. Ge., certifica que la tesis de investigación titulada: Hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-junio de 2015, es trabajo original de la autora Angie Estefanía Solórzano Marcillo, la misma que estuvo bajo mi dirección y supervisión.

Dr. César Burgos Morán. Mg. Ge.

Director de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos miembros del tribunal de revisión y sustentación de la tesis. Hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-junio de 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dr. César Burgos Morán. Mg. Ge.

Director de tesis.

Od. Yohana Macías Yen Chong. Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

Od. Angélica Miranda Arce. Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo sobre: Hábitos bucales parafuncionales en niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo - junio de 2015, pertenecen exclusivamente a su autora Angie Estefanía Solórzano Marcillo. Además, cedo mis derechos de autoría de la presente tesis de grado a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Angie Estefanía Solórzano Marcillo.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

A Dios, ser maravilloso que me dio la vida, fortaleza y fe para seguir en este arduo camino que me parecía imposible culminar. A mis padres por guiarme por el camino del bien, y brindarme su apoyo incondicional durante los momentos difíciles.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, y sus docentes de la carrera de odontología, por brindarme sus conocimientos y experiencias para que pueda desarrollarme en el ámbito profesional. A mi director de tesis Dr. César Burgos Morán, por su paciencia, por haberme guiado y compartido sus conocimientos durante este proceso.

A mis amigos, en especial a mi amiga Stefany Barreiro Mendoza por ser como una hermana y darme su apoyo en todo momento.

Angie Estefanía Solórzano Marcillo.

DEDICATORIA.

Este trabajo va dedicado a Dios por darme la vida, y las ganas de seguir en cada paso que doy. A mis padres Hermen Edilberto Solórzano Moreira y Esilda Isabel Marcillo Vera, por ser el pilar de mi vida, brindándome su apoyo sin medida, por enseñarme valores y sobre todo demostrarme su amor incondicional.

A mis hermanas Ana y Lilibeth Solórzano Marcillo, por estar cuando las necesitaba durante este proceso. A mi sobrina Luana Vera Solórzano, quien le da alegría a mis días.

A César León Vergara, por su amor incondicional, su paciencia y apoyo constante durante los momentos más difíciles.

Angie Estefanía Solórzano Marcillo.

RESUMEN.

La presente investigación tuvo como propósito caracterizar los hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero del cantón Portoviejo durante el periodo marzo – junio de 2015, para lograr este objetivo se identificó el hábito bucal parafuncional más frecuente de acuerdo a sus características clínicas y se determinó la edad y género en la que se presentó con mayor frecuencia cada hábito bucal parafuncional.

La investigación de campo, de corte transversal, se realizó en una población de 187 niños y niñas de 6 a 10 años de edad de los cuales 88 niños y niñas tenían hábitos bucales parafuncionales, la observación fue la técnica utilizada. Se obtuvieron los resultados mediante la utilización de una matriz de observación, identificando que el hábito bucal parafuncional más frecuente fue el hábito de morder objetos, predominando en el género femenino, en el grupo de edad de 6 a 8 años.

De dicha investigación los beneficiarios fueron los niños y niñas de 6 a 10 años de edad y los padres de familia que participaron en el estudio, proporcionándoles información necesaria para prevenir y corregir malos hábitos. La investigación fue factible ya que se contó con el apoyo de las autoridades del plantel.

Palabras claves: hábitos parafuncionales, succión, onicofagia, respirador bucal, hábitos de morder objetos.

ABSTRACT.

The objective of this study was to characterize bad mouth habits in boys and girls from 6 to 10 years old at Azafata Soledad Rosero Elementary School in Portoviejo city. In order to complete this objective it was identified the most frequent bad mouth habit based on their clinical characteristics and determined the age and gender that most frequently showed each bad mouth habit.

The cross sectional field research was done with a population of 187 boys and girls from 6 to 10 years old in which 88 boys and girls had bad mouth habits. The technique that was used was observation. The results were obtained using an observation chart which showed that the most frequent bad mouth habit was the habit of chewing objects which was most dominant in females from 6 to 8 years old.

Those who benefited the most were the parents and students from 6 to 10 years old that participated in this paper, giving them information so they can prevent and correct bad mouth habits. The research was possible since the school authorities gave the corresponding support.

Key words: bad mouth habits, suction, biting nails habit, mouth breathing, chewing objects.

ÍNDICE.

| | |
|---|------|
| Certificación del director de tesis..... | II |
| Certificación del tribunal examinador..... | III |
| Declaración de autoría..... | IV |
| Agradecimiento..... | V |
| Dedicatoria..... | VI |
| Resumen..... | VII |
| Abstract..... | VIII |
| Índice..... | IX |
| Índice de gráficos..... | XIII |
| Introducción..... | 1 |
| | |
| Capítulo I. | |
| 1. Problematización..... | 2 |
| 1.1. Tema de la investigación..... | 2 |
| 1.2. Formulación del problema..... | 2 |
| 1.3. Planteamiento del problema..... | 2 |
| 1.4. Preguntas de investigación..... | 4 |
| 1.5. Delimitación de la investigación..... | 4 |
| 1.6. Justificación..... | 4 |
| 1.7. Objetivos..... | 5 |
| 1.7.1. Objetivo general..... | 5 |
| 1.7.2. Objetivos específicos..... | 5 |

Capítulo II.

| | | |
|--------|--|----|
| 2. | Marco Teórico, Referencial y Conceptual..... | 7 |
| 2.1. | Hábitos..... | 7 |
| 2.1.1. | Hábitos orales..... | 8 |
| 2.1.2. | Clasificación etiológica de los hábitos..... | 8 |
| 2.1.3. | Hábitos parafuncionales..... | 10 |
| 2.1.4. | Hábitos de succión..... | 10 |
| 2.1.5. | Deglución atípica..... | 18 |
| 2.1.6. | Habito de respiración bucal..... | 19 |
| 2.1.7. | Hábitos de morder..... | 24 |
| 2.1.8. | Hábitos de morder objetos..... | 29 |
| 2.1.9. | Hábitos de la masticación..... | 30 |
| 2.2. | Variables..... | 33 |
| 2.2.1. | Matriz de operacionalizacion de las variables..... | 33 |

Capítulo III.

| | | |
|------|--------------------------------------|----|
| 3. | Marco Metodológico..... | 34 |
| 3.1. | Modalidad de la investigación..... | 34 |
| 3.2. | Tipo de investigación..... | 34 |
| 3.3. | Métodos..... | 34 |
| 3.4. | Técnicas..... | 34 |
| 3.5. | Instrumentos..... | 34 |
| 3.6. | Población y muestra..... | 35 |
| 3.7. | Recolección de la información..... | 35 |
| 3.8. | Procesamiento de la información..... | 36 |

| | | |
|--------|----------------------------|----|
| 3.9. | Marco administrativo..... | 36 |
| 3.9.1. | Recursos humanos..... | 36 |
| 3.9.2. | Recursos materiales..... | 36 |
| 3.9.3. | Recursos tecnológicos..... | 36 |
| 3.9.4. | Presupuesto..... | 37 |

Capítulo IV.

| | | |
|------|---|----|
| 4. | Análisis e Interpretación de Resultados..... | 38 |
| 4.1. | Análisis e interpretación de resultados de las Fichas de Observación..... | 38 |

Capítulo V.

| | | |
|------|-------------------------------------|----|
| 5. | Conclusiones y Recomendaciones..... | 64 |
| 5.1. | Conclusiones..... | 64 |
| 5.2. | Recomendaciones..... | 65 |

Capítulo VI.

| | | |
|--------|------------------------------------|----|
| 6. | Propuesta..... | 66 |
| 6.1. | Título de la propuesta..... | 66 |
| 6.1.2. | Clasificación de la propuesta..... | 66 |
| 6.1.3. | Periodo de ejecución..... | 66 |
| 6.1.4. | Ubicación sectorial y física..... | 66 |
| 6.2. | Justificación..... | 66 |
| 6.3. | Marco institucional..... | 67 |
| 6.4. | Objetivos..... | 68 |
| 6.4.1. | Objetivo general..... | 68 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| 6.4.2. Objetivos específicos..... | 68 |
| 6.5. Descripción de la propuesta..... | 68 |
| 6.6. Beneficiarios..... | 69 |
| 6.7. Diseño metodológico..... | 69 |
| 6.8. Sostenibilidad..... | 69 |
| 6.9. Cronograma de la propuesta..... | 70 |
| 6.10. Recursos..... | 70 |
| Anexos..... | 72 |
| Bibliografía. | |

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

| | |
|---|----|
| Cuadro N° 1. Presencia de hábitos bucales parafuncionales..... | 38 |
| Gráfico N° 1. Presencia de hábitos bucales parafuncionales..... | 38 |
| Cuadro N° 2. Hábitos bucales parafuncionales más frecuentes..... | 40 |
| Gráfico N° 2. Hábitos bucales parafuncionales más frecuentes..... | 40 |
| Cuadro N° 3. Grupos de edades de los niños y niñas de 6 a 10 años..... | 42 |
| Gráfico N° 3. Grupos de edades de los niños y niñas de 6 a 10 años..... | 42 |
| Cuadro N° 4. Género de los alumnos que presentaron hábitos parafuncionales..... | 44 |
| Gráfico N° 4. Género de los alumnos que presentaron hábitos parafuncionales..... | 44 |
| Cuadro N° 5. Hábitos bucales parafuncionales de acuerdo al grupo de edades..... | 46 |
| Gráfico N° 5. Hábitos bucales parafuncionales de acuerdo al grupo de edades..... | 46 |
| Cuadro N° 6. Hábitos bucales parafuncionales de acuerdo al género..... | 49 |
| Gráfico N° 6. Hábitos bucales parafuncionales de acuerdo al género..... | 49 |
| Cuadro N° 7. Características de la succión digital en los niños y niñas..... | 52 |
| Gráfico N° 7. Características de la succión digital en los niños y niñas..... | 52 |
| Cuadro N° 8. Características de la onicofagia en los niños y niñas..... | 54 |
| Gráfico N° 8. Características de la onicofagia en los niños y niñas..... | 54 |
| Cuadro N° 9. Características de la respiración bucal en los niños y niñas..... | 57 |
| Gráfico N° 11. Características de la respiración bucal en los niños y niñas..... | 58 |
| Cuadro N° 10. Características del hábito de morder objetos en los niños y niñas..... | 60 |
| Gráfico N° 10. Características del hábito de morder objetos en los niños y niñas..... | 60 |
| Cuadro N° 11. Objetos que presentaron señales de haber sido mordidos..... | 62 |
| Gráfico N° 11. Objetos que presentaron señales de haber sido mordidos..... | 62 |

INTRODUCCIÓN.

Considerando la obra de Guedes y colaboradores¹ (2011), menciona que:

La infancia es uno de los periodos más importantes del desarrollo humano, cuando ocurre la formación de diferentes estructuras a gran velocidad. El odontopediatra tiene la responsabilidad de orientar, educar y acompañar a sus pacientes para que estos presenten un desarrollo armonioso de las estructuras estomatognáticas y, así, permitir que el niño adquiera y desenvuelva funciones básicas y primordiales como la masticación, la deglución y la fonación. Cuando el hábito permanece por tiempo prolongado, puede afectar la posición de los dientes, la relación maxilomandibular, estructuras miofuncionales (labios, lengua, mejillas y paladar) y funciones como el habla, respiración y deglución. Se consideran hábitos parafuncionales la succión no nutritiva (chupete, dedo o labio), la respiración bucal, la deglución atípica y/o adaptada, el bruxismo y la onicofagia. (p. 357).

El presente trabajo investigativo, tuvo como finalidad caracterizar los hábitos bucales parafuncionales más frecuentes en los niños y niñas de 6 a de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero del cantón Portoviejo durante el periodo marzo-junio de 2015, realizando un estudio de campo que ayudó a identificar los hábitos bucales parafuncionales, la edad y género en los que se presentaron con mayor frecuencia.

Por tal motivo se utilizó una ficha de observación, la cual fue analizada por medio de un diagnóstico realizado a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad, los resultados determinaron que el hábito bucal parafuncional más frecuente fue el hábito de morder objetos, predominando en el grupo de edades de 6 a 8 años, siendo más común en el género femenino.

¹Guedes, A. Bönecker, M., y Delgado, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

CAPÍTULO I.

1. Problemática.

1.1. Tema.

Hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero del cantón Portoviejo durante el periodo marzo-junio de 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son los hábitos bucales parafuncionales más frecuentes, en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero?

1.3. Planteamiento del problema.

Analizando la Revista Médica Clínica Las Condes en su versión digital, presentaron un artículo de Muller y Piñeiro² (2014), mencionan que:

Un hábito es una acción repetida que se realiza de forma automática, son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Dentro de la cavidad oral podemos encontrar la presencia de malos hábitos orales, quienes son de gran importancia en el desarrollo de las maloclusiones. Entre los más comunes se encuentran los hábitos de succión, respiradores bucales, alteraciones de la deglución e interposición de objetos. (p. 382).

²Muller, R., y Piñeiro, S. (2014). Malos hábitos orales: Rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. [En línea]. Consultado: [03, junio, 2015] Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

Revisando la Revista Biomédica en su versión digital, en un artículo de Reyes y colaboradores³ (2014), realizaron una investigación en Cuba, Municipio de Manzanillo, Provincia de Granma, mencionan que:

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes. Entre estos últimos se encuentran la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital). Los hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. (párr. 10).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web Scielo, en un artículo de Augurto y colaboradores⁴ (1999), exponen que:

En Chile, la tercera patología odontológica prevalente son las anomalías dentomaxilares y la causa de su aparición se debe a múltiples factores entre los que destacan los malos hábitos. . El 66% presentó malos hábitos. Se analizaron un total de 1 878 casos, siendo los más frecuentes la succión (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%). (párr. 1, 2 y 3).

En el Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero del cantón Portoviejo, asiste un significativo número de niñas y niños. En la actualidad no se han realizado estudios sobre los hábitos bucales parafuncionales.

³Reyes, D., Panque, M., Almeida, Y., Quesada, L., Escalona, D., y 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: [21, julio, 2015] Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5927>

⁴Augurto, P., Díaz, R., Cádiz, O., y Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de los malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentofaciales en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. [En línea]. Consultado: [03, julio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41061999000600004&script=sci_arttext

1.4. Preguntas de la investigación.

¿Cuál es el hábito bucal parafuncional más frecuente en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero de acuerdo a sus características clínicas?

¿Cuáles son los hábitos bucales Parafuncionales que se presentan de acuerdo a la edad y género de los niños y niñas del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero?

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspectos: Hábitos bucales parafuncionales.

1.5.1. Delimitación espacial. Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, del cantón Portoviejo.

1.5.2. Delimitación temporal. La investigación se realizó en el periodo marzo- junio de 2015.

1.6. Justificación.

La investigación realizada tuvo como finalidad obtener la información necesaria, para identificar los hábitos bucales parafuncionales más frecuentes en los alumnos de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, en la Ciudadela San Gregorio del cantón Portoviejo.

Desde el punto de vista científico, fue importante que se llevara a cabo una intervención, que permitiera obtener resultados positivos, para que se sistematice el

conocimiento en la comunidad educativa. Así también para evitar la instalación de hábitos deformantes y que puedan ser eliminados en edades tempranas.

El presente trabajo tiene trascendental importancia, ya que al efectuarse la investigación, los beneficiarios fueron los niños y niñas participantes, al igual que los padres de familia, proporcionándoles la información necesaria sobre hábitos bucales parafuncionales, para lograr enfrentar eventos futuros que arriesguen la salud bucal de sus hijos, cumpliendo así el cometido de enfatizar la prevención.

Fue factible realizar la investigación, ya que se contó con el apoyo de las autoridades del plantel, así como también con los recursos necesarios ya que en el Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero no existían datos de estudio sobre hábitos bucales parafuncionales.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Caracterizar los hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

1.7.2. Objetivos específicos.

Determinar los hábitos bucales parafuncionales, según el género y la edad de los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

Identificar el hábito bucal parafuncional más frecuente en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, según las características clínicas que presente.

CAPÍTULO II.

1. Marco Teórico, Conceptual y Referencial.

2.1. Hábitos.

Indagando la obra de Cardona, J. M⁵. (2006), señala que un hábito es: “Una inclinación, tendencia o disposición estable, no genética, ni natural, ni instintiva, sino adquirida y aprendida por la repetición de actos similares que producen una costumbre y un fortalecimiento que asegura la repetición de esos actos”. (p. 144).

Investigando la obra de Quirós, et al⁶ (2003) menciona que: “La costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente”. (p. 39).

Examinando la obra de Guedes y colaboradores⁷ (2011), refieren que:

Un aspecto importante a que debemos estar atentos es que todos los hábitos que el niño posee tienen un fuerte componente cultural y dependen mucho de la sociedad y del tiempo de familia donde el mismo está incluido. Así, en el momento que fuéramos a actuar frente a estos hábitos, consideramos y propondremos medidas capaces de poder alcanzarse, teniendo en cuenta las particularidades individuales de dicho paciente. (p. 74).

⁵Cardona, J.(2006). Liderazgo y Gestión por 8 Hábitos. Del miedo a la confianza. Reino de España: Ediciones Díaz de Santos

⁶Quirós, O., et al. (2003). Ortodoncia Nueva Generación. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

⁷Guedes, A. Bönecker, M. Delgado, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

Estudiando la obra de Pires, M⁸ (2009), sostiene que: “El hábito es el resultado de la repetición de un acto con determinado fin, volviéndose con el tiempo resistente a cambios”. (p. 556).

2.1.1. Hábitos orales.

En la investigación realizada en la Revista Cubana Ortodoncia, en su versión digital, en un artículo de Maya⁹ (2000), refieren que:

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales. Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño. (pp. 66 - 67).

2.1.2. Clasificación etiológica de los hábitos.

Examinando la revista de Ortodoncia WS en su versión digital, en un artículo de Gonzales y colaboradores¹⁰ (2012), mencionan que los hábitos se clasifican en:

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

Placenteros: Succión digital o del chupón.

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

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

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

⁸Pires, M. (2009). Odontopediatría en la Primera Infancia. Sao Paulo- República Federativa del Brasil: Editora Santos

⁹Maya, B. (2000). Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. [En línea]. Consultado: [31, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord04200.htm

¹⁰Gonzales, M., Guida, G., Herrera, D., y Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. [En línea]. Consultado: [25, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

Imitativos: Gestos, muecas, etc. (párr. 5).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Scielo, de la revista chilena de pediatría de Agurto y colaboradores¹¹ (1999), los autores refieren que:

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

- a) La edad en que este inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.
- b) El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito.
- c) La frecuencia de este, es decir el número de veces al día. (párr. 14)

Hábitos y su influencia en la oclusión.

Considerando la obra de Alves y Nogueira¹² (2002), refieren que:

En odontología y materias afines, al hablar de hábitos, ya se volvió un cliché hacer la ilación con efectos deletéreos en la oclusión. Sería más apropiado entonces referirse a malos hábitos e influencias en la alteración del desarrollo y del crecimiento correcto de la oclusión dental. Para dilucidar mejor, podemos decir que el cepillado es un buen hábito, así como el uso sistemático del hilo dental, esto nos lleva a diferenciar entre buenos y malos hábitos bucales. Este asunto ha sido abordado desde los inicios de la odontología y consideramos que aún hay mucho que estudiar e investigar según un enfoque multidisciplinario.

En general, el mal hábito es el resultado de la repetición de una manifestación no deseada, que en la frecuencia de la práctica puede instalarse pasando al hábito inconsciente.

Hay consenso en aceptar que el mal hábito proporciona satisfacciones, por ser agradable al que lo practica, y en algunos casos son manifestaciones minimizantes subestimadas de procesos de ansiedad. (p. 78).

¹¹Agurto, P. Díaz, R. Cádiz, O. Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. [En línea]. Consultado [24, junio, 2015]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041061999000600004&lng=en&nrm=iso&ignore=.html

¹²Alves, R., y Nogueira, E. (2002). Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Sao Paulo- República Federativa del Brasil. Editora artes médicas Ltda.

2.1.3. Hábitos parafuncionales.

Examinando nuevamente la obra de Guedes y colaboradores¹³ (2011), referencian que:

La infancia es uno de los periodos más importantes del desarrollo humano, cuando ocurre la formación de diferentes estructuras a gran velocidad. El odontopediatra tiene la responsabilidad de orientar, educar y acompañar a sus pacientes para que estos presenten un desarrollo armonioso de las estructuras estomatognáticas y, así, permitir que el niño adquiera y desenvuelva funciones básicas y primordiales como la masticación, la deglución y la fonación. Cuando el hábito permanece por tiempo prolongado, puede afectar la posición de los dientes, la relación maxilomandibular, estructuras miofuncionales (labios, lengua, mejillas y paladar) y funciones como el habla, respiración y deglución. Se consideran hábitos parafuncionales la succión no nutritiva (chupete, dedo o labio), la respiración bucal, la deglución atípica y/o adaptada, el bruxismo y la onicofagia. (p. 357).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web Fundación Valle del Lili, en un artículo de Navas¹⁴ (2012), nombran que los hábitos orales existentes son:

Hábito de succión: Succión digital (chupar dedo), succión de lengua, de labios y hábito de biberón, cuando este es constante después del 1er año.
Hábitos de mordedura: mordedura de objetos extraños, onicofagia “comer uñas”, bruxismo (apretar o rechinar las estructuras dentales).
Otros hábitos: interposición lingual en reposo (posición inadecuada de la lengua mientras no se realiza ninguna actividad), deglución atípica y respiración bucal. (párr. 4).

2.1.4. Hábitos de succión.

Analizando en la revista médica clínica las Condes en su versión digital, en un artículo de Muller y Piñeiro¹⁵ (2014), exponen que:

Los hábitos de succión en recién nacidos y niños derivan principalmente de necesidades biológicas de los nutrientes. El conocimiento actual del desarrollo de los lactantes sugiere que los hábitos de succión también aparecen y persisten en relación a necesidades psicológicas: este impulso de succión puede ser

¹³Guedes, A., Bönecker, M., y Delgado, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa del Brasil. Livraria Santos Editora.

¹⁴Navas, C. (2012). Hábitos orales. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2015] Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

¹⁵Muller, R., y Piñeiro, S. (2014). Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

satisfecho a través de succión nutritiva, incluyendo la lactancia y la alimentación con biberón, o por medio de succión no nutritiva, como la succión digital o de otros objetos. La succión no nutritiva de dedos, chupete y otros objetos no relacionados con la ingesta de nutrientes se considera una actividad normal en el desarrollo fetal y neonatal. Se inicia en el útero y persiste hasta los 12 meses de edad, siendo la necesidad de succionar más intensa en los primeros meses de vida. (p. 382).

2.1.4.1 Succión no-nutritiva.

Considerando el texto de Guedes y colaboradores¹⁶ (2011), citan que:

Didácticamente, se puede clasificar la succión en nutritiva o no-nutritiva. La succión nutritiva, como el propio nombre lo dice, es aquella realizada para la alimentación y nutrición, sea por lactancia materna (amamantamiento) o artificial. La succión no nutritiva es aquella realizada con el chupete, dedo o labio. Los hábitos de succión no nutritiva más frecuentes en los niños de poca edad son los del chupete, dedo, biberón y labios. (p. 361).

Nahàs¹⁷ (2009), señaló que: “La succión sin fines alimenticios (de nutrición), o sea, succión del dedo, chupón o de otros objetos puede transformarse en un hábito de succión no nutritiva, acarreando algunas alteraciones en las estructuras bucales”. (p. 556).

Analizando la obra de Canut¹⁸ (1998), menciona que:

Los hábitos de succión plantean un problema tanto para el paciente como para el ortodoncista, y hay que analizar cuidadosamente cómo y qué succiona el niño y qué posibilidades psicológicas hay de eliminar el hábito. Es conveniente iniciar el tratamiento cuando el factor causal haya desaparecido, y difícilmente mejorará la relación oclusal si la función anómala sigue persistiendo. (p. 107).

¹⁶Guedes, A., Bönecker, M., y Delgado, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

¹⁷Nahàs, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. Sao- Paulo República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora Ltda.

¹⁸Canut, J. (1998). Ortodoncia Clínica. Reino de España: Editorial Salvat.

2.1.4.2. Succión digital.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web Scielo, en un artículo de Romero y colaboradores¹⁹ (2004), mencionan que:

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir un dedo (generalmente el pulgar) en la cavidad oral. Éste es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. (p. 78).

Examinando la obra de Proffit y colaboradores²⁰ (2013), mencionan que “Cuando el niño se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes, suele colocarlo en un ángulo tal que comprime lingualmente los incisivos inferiores y labialmente los incisivos superiores”. (p.137).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Guioteca, en una publicación de Martínez²¹ (2012), refiere que:

La succión digital es uno de los hábitos bucales más comunes de los niños. Se puede observar de forma muy temprana durante el desarrollo fetal y neonatal, considerándose normal durante esta etapa de desarrollo. El problema se produce cuando este hábito se mantiene una vez iniciado el cambio de dentición. Por lo que si al año de edad, ha adoptado este hábito, es recomendable intentar sustituirlo por chupete. Se genera como una forma de satisfacer una necesidad en el niño, otorgándole seguridad y una rica sensación de contacto. La mayoría de las veces el niño lo realiza cuando está cansado, con sueño, pena, etc. También cuando está solo, ya sea antes de dormir o viendo televisión. (párr. 1 y 3).

¹⁹Romero, M., Romero, P., Pardo de Miguel, A., y Sáez, M. (2004). Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. Consultado: [31, mayo, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n1/clinico1.PDF>

²⁰Proffit, W., Fields, H., y Sarver, D. (2013). Ortodoncia Contemporánea. Reino de España: Editorial Elsevier.

²¹Martínez, K. (2012). Succión digital: ¿Qué riesgos tiene y como la detengo? [En línea]. Consultado [25, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.guioteca.com/odontologia/succion-digital-que-riesgos-tiene-y-como-la-detengo/>

Boj, y colaboradores²² (2011), sostienen que: “El hábito de succión digital se presenta con mucha frecuencia, aunque, debido a la prontitud con que se inicia, el odontólogo no lo aprecia, ya que suele terminar a los 3 o 4 años de edad”. (p. 381).

2.1.4.3 Tipos de hábitos de succión.

Indagando en la Revista de Ortodoncia WS, en su versión digital, en un artículo de Gonzales y colaboradores²³ (2012), sobre el posicionamiento del dedo mencionan que:

Succión del pulgar: Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado. Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos. Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos. Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores. Succión de varios dedos: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión. (párr. 8).

Investigando la obra de Escriván²⁴ (2007), cita que:

Con relación a la succión digital, el niño puede utilizar indistintamente cualquiera de los dedos, aunque el más frecuente es el pulgar, también el que produce mayores alteraciones dentoalveolares los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa, los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado. (pp. 312 - 313).

²²Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. Madrid-Reino de España: Ripano Editorial medica

²³Gonzales, M., Guida, G., Herrera, D., y Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. [En línea]. Consultado: [25, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

²⁴Escriván De Saturno, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Editorial Amolca.

Considerando nuevamente la obra de Boj y colaboradores²⁵ (2011), mencionan que:

Aunque pueden succionarse uno o más dedos, el más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores.

Si el hábito desaparece antes de los 3 años de vida, no deja secuela en la oclusión, de manera que si se abandona pronto, no suelen observarse efectos oclusales permanentes. En la exploración 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 la práctica de succión. (pp. 534 - 535).

2.1.4.4. Efectos de la succión digital.

Analizando la obra de Bardoni y colaboradores²⁶ (2010), citan que:

Usualmente, la succión digital produce algunas alteraciones a nivel de las estructuras dentofaciales, especialmente en el sector anterior. Si la succión digital se interrumpe alrededor de los 6 años de edad con la erupción de los incisivos, cualquier alteración de las estructuras dentofaciales podrá ser reversible; pero si esta continua, las alteraciones suelen ser irreversibles y solo podrán ser corregidas con tratamiento ortodòntico (Popovich y col., 1973).

La presencia y severidad de alteraciones en las estructuras dentofaciales dependerá de varios factores:

Frecuencia

Intensidad

Duración

Posición del dedo dentro de la boca. (p. 660).

2.1.4.5. Consecuencias de la succión digital:

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Fundación Valle del Lili, en un artículo de Navas²⁷ (2012), mencionan que la succión digital puede provocar:

Problemas de articulación

Apoyo de la lengua contra dientes durante alimento y cuando habla.

²⁵Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. Madrid- Reino de España: Ripano Editorial médica.

²⁶Bardoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires- República Argentina: Editorial medica panamericana.

²⁷Navas, C. (2012). Hábitos orales. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2015] Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

Protrusión (inclinación dental hacia adelante) de incisivos superiores con o sin presencia de espacios entre dientes (diastemas).
Retroinclinación de los incisivos inferiores (incisivos inclinados hacia atrás).
Mordida abierta anterior (no hay contacto entre los dientes anteriores; superiores e inferiores).
Prognatismo alveolar superior (maxilar superior adelantado).
Estrechamiento de la arcada superior (disminución transversal del ancho del maxilar superior).
Mordida cruzada (molares inferiores sobrepasan los molares superiores).
Cierre labial no existe.
Labio superior corto y flácido. (párr. 10).

Indagando la obra de Posada y colaboradores²⁸ (2005), refieren que:

La mayoría de los niños abandonan el hábito de succión en forma espontánea. A pesar de los múltiples métodos que se han diseñado con el fin de hacerlo desaparecer, como condicionamientos psicológicos positivos y negativos y el diseño de aparatos ortodònticos, es usual que la desaparición del hábito ocurra en forma espontánea, a edades variables, siendo rara su persistencia más allá de los años quince años de edad. (p. 206).

Estudiando seguidamente la obra de Boj y colaboradores²⁹ (2011), mencionan que:

Con respecto al tratamiento del hábito de succión, en niños menores de 3 años, no deberían intentarse intervenciones activas, normalmente antes de los 4 años abandonan el hábito y se autocorrijen muchas de las maloclusiones producidas. Se sugiere la comunicación con el niño para interrumpir el hábito. En primer periodo de recambio se debe contemplar la posibilidad de participación más activa, con aparatos o mediante modificación de conducta, de acuerdo con el paciente y sus padres sobre todo porque algunas alteraciones oclusales, excesivo overjet, mordida abierta y/o cruzada tienden a permanecer, aun discontinuando los hábitos. La eliminación del hábito siempre es difícil si el niño no desea abandonarlo, ya que cuando el niño muestra su interés y preocupación por ello, cualquier método que utilicemos -bien rejillas o inmovilización del pulgar-, alcanzara su objetivo. (pp. 535 -536).

²⁸Posada, A., Gómez, J., Ramírez, H., (2005). El niño sano. República de Colombia: Editorial medica panamericana.

²⁹Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. Madrid-Reino de España: Masson S.A.

2.1.4.6. Tratamiento de la succión digital.

Examinando la Revista Ortodoncia WS en su versión digital, en un artículo de Lugo y Toyo³⁰ (2011), citan que el tratamiento de la succión digital consiste en:

1. Explicar al niño con palabra acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia.
2. Aparatología removible o fija (rejilla lingual).
3. Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral. (párr. 16).

Analizando la obra de Nakata y Wei³¹ (1997), mencionan que:

Si se utiliza un aparato para controlar los hábitos orales, debe ser solamente cuando el paciente y sus padres estén totalmente conscientes de los efectos colaterales indeseables de los hábitos orales y soliciten su corrección. A menos que esto sea así es mejor simplemente educar y dar instrucciones verbales y escritas al paciente y a sus familiares, para que se corrijan esos hábitos. (p. 60).

Succión del chupete.

Indagando nuevamente la obra de Ustrell³² (2011), refiere que:

Él bebe se alimenta por succión, pero en los periodos interalimentarios también succiona, interponiendo algún objeto entre sus encías, como el chupete, el dedo o la sabana. El chupete o ejercitador permite que el niño continúe con los movimientos anteroposteriores. Si la forma del chupete no es anatómica la lengua se mantiene en posición baja, con lo que la deformación continúa. El problema es la alta frecuencia con la que se convierte un hábito. El uso del chupete es un hecho frecuente en la mayoría de los niños, antes de los 2 años de edad. Durante la dentición temporal, el uso continuado del chupete está casi siempre asociado a la presencia de:

Mordida abierta anterior

Mordida cruzada posterior

La mordida abierta anterior es consecuencia de una inhibición del crecimiento vertical de la porción anterior de las apófisis alveolares, con lo que se bloquea el desarrollo de la cara en el mismo sentido. La mordida cruzada posterior es debida, probablemente, al incremento de la actividad muscular de las mejillas,

³⁰Lugo, C., y Toyo, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. [En línea] Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

³¹Nakata M., y Wei S. (1997). Guía Oclusal en Odontopediatría. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

³²Ustrell, J. (2011). Manual de ortodoncia. Reino de España: Publicacions Edicions de la Universitat de Barcelona.

combinada con la falta de presión lingual, debido a que la lengua se desplaza hacia atrás y hacia abajo, ante la presencia del chupete en la cavidad oral.(p. 212).

Efectos del hábito prolongado de succión de chupete o dedo sobre la dentición del niño.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web Fudoc, en un artículo de Palomer³³ (2007), cita que:

La succión de dedos, chupete u otros objetos no relacionados con la alimentación se considera una actividad normal en el desarrollo fetal y neonatal.

Se inicia in útero y puede persistir hasta los doce meses de edad o más, siendo la necesidad de succionar más intensa en los primeros meses de vida.

El reflejo de succión le permite al neonato alimentarse, pero además lo calma y lo conforta ya que es un medio de contacto con el entorno y además su forma de aprender sobre el mundo que lo rodea. A pesar de los efectos beneficiosos de esta práctica, también hay complicaciones.

Beneficios:

Efecto tranquilizador.

Posible asociación con menor incidencia de muerte súbita en el lactante.

Riesgos:

Fracaso de la lactancia materna

Malformaciones dentarias: mordida abierta, protrusión (inclinación hacia delante) de los dientes anterosuperiores, hipotonicidad del labio superior, interposición lingual, entre otras.

Asociación con otitis media aguda (OMA) a repetición

Mayor riesgo de accidentes.

En el período de RN se aconseja alimentar a los niños con lactancia materna exclusiva y esto satisface la necesidad de succión. Como la madre no está todas las veces que el niño desee succionar, el chupete también desempeña un papel. Sin embargo, no se debe ofrecer hasta que la lactancia materna esté bien establecida a las 2 o 3 semanas de vida para no interferir con ella. (párr. 1 y 4).

³³Palomer, L. (2007). Efectos del hábito prolongado de succión de chupete o dedo sobre la dentición del niño. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.fudoc.cl/index.php/educacion-medica/biblioteca-2013/446-scc>

2.1.5. Deglución atípica.

Analizando la obra de Sano y colaboradores³⁴ (2004), mencionan que:

La deglución atípica se origina debido al desequilibrio entre la musculatura peribucal y la lengua.

Causas:

Amigdalitis

Desequilibrio neuromuscular

Macroglosia

Anquiloglosia

Perdidas precoces de los dientes deciduos en la región anterior.

Respirador bucal

Presencia del hábito de succión del dedo y del chupón

La deglución atípica se caracteriza por la contracción labial en el momento de la deglución y por la presencia de mordida anterior, que normalmente acompaña esta disfunción. (p. 16 y 17).

2.1.5.1. Características clínicas de la deglución atípica.

Observando informaciones disponibles en el sitio web acta odontológica, en un artículo de Alarcón³⁵ (2012) citan que las características clínicas de la deglución atípica son:

Aprisionamiento atípico de la lengua por interposición lingual: el cual puede ser anterior o lateral para algunos autores, y según Strauss, puede ser producto de alteraciones neuromusculares. Según Moyers, 1964 11, puede ser consecuencia de una retención de la deglución infantil o visceral, trayendo como resultado maloclusiones, presión labial y problemas en la fonación.

Contracción de la musculatura peribucal, caracterizada por:

Rictus laterales desde el ala de la nariz hasta la comisura labial.

Aprisionamiento labial con interposición del labio inferior, apreciándose hipotonicidad de este último, provocando una maloclusión Clase II dentaria (según Angle).

Contracción de los músculos maseteros y temporales, provocando hipertonía mentoniana e hipotonía del labio superior.

Movimiento de la cabeza al deglutir, como compensación de la elevación del hueso hioides.

Alteración de los fonemas, siendo los más alterados: /l, n, t, d, s, z/.

Aumento del volumen de la lengua, pudiendo existir macroglosia, que puede provocar biprotrusión de los maxilares y mordida abierta tanto anterior como posterior.

Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca.

³⁴Sano, S., Strazzeri, M., Rodrigues, G., y Duarte, D. (2004). Ortodoncia en la dentición decidua; diagnostico, plan de tratamiento y control. República Federativa del Brasil: Editorial Amolca.

³⁵Alarcón, A. (2012). Deglución atípica revisión de la literatura. [En línea] Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp>

Dificultad para deglutir por encontrarse los labios separados. (párr. 39 y 40).

2.1.5.2. Tratamiento.

Examinando la obra de Bardoni y colaboradores³⁶ (2010), transcriben que:

El tratamiento de la deglución atípica dependerá de la combinación de la combinación de los tres factores siguientes (Proffit, 2000):

Presencia de deglución con empuje lingual.

Presencia de maloclusion.

Presencia de problemas de lenguaje.

Solo deglución atípica: no hay necesidad de realizar tratamiento, porque el empuje lingual no está produciendo ni maloclusiones ni problemas de lenguaje, y no hay evidencia de que esto se pueda producir en el futuro.

Deglución atípica y problemas de lenguaje: no se debe presumir una relación causal entre uno y otro. Una visita al terapeuta de lenguaje podría ser beneficiosa.

Deglución atípica y maloclusion: lo más indicado en estos casos es corregir la maloclusion primero y observar el desarrollo de la posición de la lengua durante el tratamiento ortodòntico y después de él. Si se mantiene la deglución atípica, se recomienda usar la terapia durante el tratamiento ortodòntico.

Deglución atípica con maloclusion y problemas de lenguaje: se recomienda que la terapia de lenguaje, el tratamiento ortodòntico y el tratamiento de la deglución atípica se realicen simultáneamente. (p. 668).

2.1.6. **Habito de respiración bucal.**

Analizando la obra de Nahas³⁷ (2009), cita que:

Es defina como una respiración más frecuente a través de la boca. En la mayoría de casos, lo que se observa es la combinación de la respiración nasal con la bucal, en diferentes grados. El mantenimiento de las vías aéreas es esencial para la vida del individuo, los problemas respiratorios que resultan de alergias, hipertrofias de amígdalas y adenoides y desvíos del septo pueden ser factores etiológicos o predisponentes del desarrollo de la mordida abierta anterior. Es difícil identificar el mínimo nivel de respiración bucal que inducirá a la deformación dentofacial. (p. 569).

³⁶Bardoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires- República de Argentina: Editorial medica panamericana.

³⁷Nahàs, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. Sao Paulo-República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora Ltda.

Estudiando la obra de Rodríguez y colaboradores³⁸ (2007), afirman que:

Los pacientes que respiran habitualmente por la boca suelen presentar rasgos faciales comunes, como la “facie adenoidea”, que se puede resumir en la posición entreabierta de la boca, falta de desarrollo nasal con narinas pequeñas y abiertas hacia el frente, labio superior corto en inferior interpuesto y ojeras por debajo de los párpados. (p. 193).

Revisando la obra de Rakosi y Jonas³⁹ (1992), afirman que: “Las anomalías crónicas de la respiración nasal o la respiración bucal habitual producen fundamentalmente una detención del crecimiento del maxilar superior”. (p. 83).

2.1.6.1. Etiología.

Investigando la obra de Boj y colaboradores⁴⁰ (2011), mencionan que:

El hábito de respiración bucal ha recibido una gran atención, por asociar este factor como causante del síndrome de obstrucción respiratoria o facies adenoidea. Las causas de obstrucción respiratoria nasal de estos pacientes se deben a la hipertrofia de amígdalas palatinas y de las adenoides en un 39%, seguida de las rinitis alérgicas en un 34%, la desviación de tabique nasal en un 19%, hipertrofia turbina 12%, rinitis vasomotora un 8% y en menor porcentaje estarían otras causas, como los pólipos y los procesos tumorales. Una de las incidencias más comunes que indicaría el origen multifactorial de la obstrucción nasal, es el colapso de la válvula nasal. El colapso de las narinas, produce una falta de resistencia a la presión inspiratoria negativa y la causa de este problema pudiera ser, la debilidad de todas las estructuras anatómicas del ala de la nariz. (pp. 522 - 523).

Indagando la obra de Nahas⁴¹ (2009), refiere que:

Según Petrelli, las causas de la obstrucción nasal, que producen un flujo restringido a través de la nariz, pueden ser:

Hipertrofia de adenoides- aumento del tejido linfoide existente en la rinofaringe, con cierre o disminución del espacio para el pasaje de aire.

³⁸Rodríguez, E., Casasa, R., y Natera, A. (2007). 1.001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República de Colombia: Amolca.

³⁹Rakosi, T., y Jonas, I. (1992). Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico. Reino de España: Ediciones científicas y técnicas S.A.

⁴⁰Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría. Madrid- Reino de España: Masson S.A.

⁴¹Nahàs, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. Sao Paulo-República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora Ltda.

Hipertrofia de tonsilas- existen casos en que las tonsilas palatinas están tan aumentadas que los polos superiores se comprimen en la región de la úvula, causando obstrucción nasal y dificultad respiratoria (incluso con la compensación bucal);

Desvíos del septo- su diagnóstico es hecho a través de la historia de obstrucción nasal uni o bilateral, sin antecedentes alérgicos y sin hipertrofia de adenoides.

Rinitis alérgica- después de la hipertrofia de adenoides, la rinitis alérgica es la causa más frecuente de obstrucción nasal. Se caracteriza por rinorrea (coriza), crisis de estornudos e intenso prurito nasal. Infelizmente la incidencia de respiradores bucales ha aumentado debido a la suceptibilidad alérgica exagerada a los agresores ambientales y a las obstrucciones nasales;

Vicios posturales

Hábitos inadecuados como el uso de biberones antes de los 6 meses de edad, succionar el chupón y/o dedo. (pp. 569 - 579).

2.1.6.2. Consecuencias faciales y dentales del respirador oral.

Averiguando informaciones disponibles en el sitio web Fundación Valle del Lili, en un artículo de Navas⁴² (2012), exponen que las consecuencias faciales y dentales del respirador oral son:

Faciales

Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga)

Boca entreabierta

Nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas

Labio superior corto, labio inferior grueso y con disminución en el tono.

Mejillas flácidas y apariencias de ojeras.

Dentales

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

Paladar alto u ojival.

Retrognatismo del maxilar inferior.

Labio superior corto e hipotónico, labio inferior hipertónico.

Inclinación de los incisivos superiores o inferiores hacia adelante.

Maxilar superior estrecho, protrusión del maxilar superior.

Gingivitis crónica.

Incompetencia labial.

Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.

Perfil convexo. (p. 2).

⁴²Navas, C. (2012). Hábitos orales. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf.

Indagando la obra de Harfin y Ureña⁴³ (2010), mencionan que: “Entre las características más comunes se encuentran la boca entreabierta en reposo, la respiración bucal diurna y nocturna, las ojeras marcadas, los orificios nasales estrechos y un estado de cansancio casi permanente”. (p. 213).

2.1.6.3. Tratamiento de los niños respiradores bucales.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web mundo actual, consultamos un artículo de Cevallos⁴⁴ (2011), exponen que el tratamiento de los niños respiradores bucales es:

Es el pediatra de cabecera el encargado de orientar y conducir al hogar en la búsqueda y procedimiento de los respiradores bucales y también el encargado de organizar las interconsultas necesarias con otras especialidades como Otorrinolaringología, Fonoaudiología, Kinesioterapia – Fisiatría, Odontología, etc.

Intervención del otorrinolaringólogo

Trata el despeje de las vías aéreas superiores obstruidas que causan la respiración bucal: adenoides, hipertrofia de amígdalas, hipertrofia de cornetes, desviación del tabique nasal, pólipos (engrosamiento de la mucosa nasal y sinusal) y puede tratar alergias.

Intervención del fonoaudiólogo.

En el respirador bucal de larga data se produce una disfunción maxilar, lo que junto a la mala posición lingual, produce una mala oclusión dentaria (mordida abierta), provocando deficiencias fundamentalmente al tratar de emitir los fonemas S, CH, F, D, L, N, P, B y M. entonces es muy importante la ayuda del especialista.

Intervención del Odontólogo

La persona con este síndrome tiene una autohigiene deficiente ya que la saliva al tener la boca abierta se seca, lo cual impide una buena autoclisis. Esto acompañado de una mala higiene por parte del individuo puede causar fácilmente caries.

Ortodoncista: modifica la estructura bucal para una correcta respiración, a través de aparatos ortopédicos fijos o móviles. Trata los problemas de: compresión de maxila, rotación posterior de la mandíbula, mordida abierta y cruzada. Tratamiento en niños: rol interceptivo; trata de que el problema se revierta durante el desarrollo.

⁴³Harfin, J., y Ureña, A. (2010). Ortodoncia lingual: procedimientos y aplicación clínica. República de Argentina: Editorial medica panamericana.

⁴⁴Cevallos, I. (2011). Síndrome del respirador bucal. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/02/10/sindrome-del-respirador-bucal/>

Expansión de maxila: se puede utilizar una placa de expansión, trampa palatina, ejercicios elásticos adosados a pantalla oral para estimular los orbiculares de los labios y el elevador del labio superior y placa vestibular de acrílico. (párr. 16 y 19).

Hábitos de postura.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Infomed, en un artículo de la Universidad virtual de la salud Manuel Fajardo⁴⁵ (2014), citan que:

Este hábito se refiere a la posición que adoptan los niños al dormir que puede provocar desviación de la mandíbula al colocar las manos en la cara. Características clínicas: Oclusión invertida lateral ya sea con levognatismo o dextrognatismo (Desviación de la mandíbula). (párr. 18).

Estudiando la obra de Hernández y colaboradores⁴⁶ (2004), sostienen que: “Es por tanto como afirmar que la postura corporal incorrecta es una situación originada por inadecuados hábitos relacionados con la postura del cuerpo y que se reproducen con relativa alta frecuencia en la vida cotidiana de las personas”. (p. 239).

Observando la obra de Alves y Nogueira⁴⁷ (2011), menciona que:

Eran conocidos como hábitos el sueño o del descanso. Se instalan generalmente en los primeros meses de vida, antes de que el niño inicie la fase motora más avanzada de la marcha. En razón de los propios límites de la cuna o por la atención dada al niño siempre del mismo lado, él se acostumbra a dormir de un solo lado. La almohada hace que la mandíbula bascule y el peso de la cabeza incida siempre del mismo lado. Además de haberse instalado el hábito de dormir de un solo lado, en muchos casos el niño también interpone la mano entre el rostro y la almohada, lo que empeora la situación, porque el efecto es más pronunciado. (p. 78).

⁴⁵Universidad virtual de la salud Manuel Fajardo. (2014). Hábitos deformantes del complejo maxilofacial y sus manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [01, junio, 2015] Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/34-habitos-deformantes-del-complejo-dentomaxilofacial-y-sus-manifestaciones-clinicas>

⁴⁶Hernández, J., Velázquez, R., y colaboradores. (2004). La evaluación en educación física: Investigación y práctica en el ámbito escolar. Reino de España: Editorial GRAO, de IRIF, S.L.

⁴⁷Alves, R., y Nogueira, E. (2002). Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Sao Paolo- República Federativa de Brasil: Editora artes médicas Ltda.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web con tu salud, en un artículo de Jaramillo⁴⁸ (2000), referencia que:

Si de posturas se trata, aquí también hay una serie de vicios que son perjudiciales. Por ejemplo, dormir siempre por un solo lado, o en los estudiantes, el colocar el brazo sobre el pupitre y la mano siempre sobre una mejilla; el hacer gestos o mímicas con regularidad, (muecas). Estos hábitos ocasionan mordidas cruzadas unilaterales (que el maxilar superior esté por detrás del inferior, cuando lo normal es que sea el superior el que sobresalga) y desviación de la mandíbula.

2.1.7. Hábitos de morder.

Alves y Nogueira⁴⁹ (2002), afirman que “Científicamente se conocen como hábitos de fagia, y podemos citar la onicofagia (morder las uñas), la queilofagia (morder los labios), y la glosofagia (morder la lengua)”. (p. 85).

Considerando la Revista Ortodoncia. WS en su versión digital, en un artículo de Suarez y colaboradores⁵⁰ (2012), mencionan que:

Comerse las uñas, morder lápices u otros objetos son hábitos que provocan alteraciones dentarias. Su efecto se produce por desgaste o abrasión irregular y astillamiento prematuro de los dientes. Además, aparecen heridas en las mucosas orales que favorecen lesiones como las aftas e infecciones como herpes. (párr. 36).

⁴⁸Jaramillo, N. (2000). Algunas costumbres alteran su dentadura (malos hábitos). [En línea]. Consultado: [01, junio, 2015]. Disponible en: http://www.contusalud.com/website/folder/sepa_odontologia_malhabitos.htm

⁴⁹Alves, R., y Nogueira, E. (2002). Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Editora artes médicas Ltda. Sao Paolo- República Federativa de Brasil.

⁵⁰Suarez, E. Salas, W. Villalobos, G. Villalobos, K y Quirós, O. (2012). Estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población Añu de la escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. [En línea]. Consultado [01, junio,2015] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>

2.1.7.1. Onicofagia.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web Infomed, en un artículo de Universidad Virtual de la Salud Manuel Fajardo⁵¹ (2014), referencian que:

La onicofagia o mordisqueo de uñas es un hábito patológico muy extendido en infancia y edad juvenil que influye negativamente en estéticas dental y bucal. Ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, de enorme repercusión en la buena apariencia de la sonrisa. Los microtraumatismos que el mordisqueo ocasiona en las mucosas labiales provocan predisposición a patología infecciosa: pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones (herpes, labios cortados, aftas,...). Así mismo, la estética de las manos se ve mermada por la presencia de uñas escasas e irregulares. La psicología moderna emplea técnicas de modificación de conducta para el tratamiento de la onicofagia. La mordedura de uñas coincide habitualmente con la succión de los dedos. En cuanto al tratamiento es esencial que el sujeto esté dispuesto a abandonar el mordisqueo.

Características clínicas

Desviación de uno o más dientes.

Desgaste dentario localizado.

Afectación localizada del tejido periodontal. (párr. 20 y 21).

Razonando la obra de Guedes y colaboradores⁵² (2011), citan que:

La presencia de onicofagia es común de ser observada en la infancia y adolescencia, a pesar de ser poco prevalente antes de los 3 años de edad. La prevalencia aumenta con la edad adulta. Entre 7- 10 años la prevalencia es de 28%-33%, entre 10-15 años es de 45%, entre 16-17 años cae para 20%, y en el adulto cae para 10%. La etiología sugerida para el hábito incluye stress, imitación de otros miembros de la familia, herencia, substitución de otro hábito (p.ej.: succión del dedo) y malos cuidados con las manos. Las principales complicaciones asociadas son: heridas de la cutícula y sangrado en los bordes de las uñas, deformidades en los dedos, infecciones por hongos o bacterias, reabsorciones radiculares, fracturas en los bordes de los dientes y lesiones en la encía. (p. 375).

⁵¹Universidad virtual de la salud Manuel Fajardo. (2014). Hábitos deformantes del complejo maxilofacial y sus manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [01,junio,2015] Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/34-habitos-deformantes-del-complejo-dentomaxilofacial-y-sus-manifestaciones-clinicas>

⁵²Guedes, A., Bönecker, M., y Delgado, C. (2011). Odontopediatría. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

Manifestaciones clínicas.

Examinando la obra de Nahas⁵³ (2009), cita que:

El hábito de morder las uñas normalmente está confinado a las manos, sin embargo, ocasionalmente, envuelve a los pies. El hábito afecta las uñas de todos los dedos igualmente. Muy raramente una única uña es afectada. Las uñas afectadas por el hábito son muy cortas e irregulares. El acto de morder las uñas obedece a una secuencia de 4 fases distintas. Inicialmente, la mano es colocada en las proximidades de la boca. Esta postura demora de pocos segundos a medio minuto. A continuación, el dedo es colocado contra el diente, seguido de una serie de rápidas y espasmódicas mordidas, con la uña bien presionada contra el borde cortante del diente. Finalmente el dedo es retirado de la boca para que sea hecha una inspección visual o de tacto por otro dedo. Normalmente, la expresión facial en este momento es muy intensa. Si la persona nota que está siendo observada, para inmediatamente. Toda la secuencia puede durar de 40 segundos a algunos minutos. (p. 564).

Indagando informaciones disponibles es en el sitio web Fundación Valle del Lili, en

un artículo de Navas⁵⁴ (2012), expone que:

Consecuencias de la onicofagia

Se pueden presentar desde consecuencias estéticas hasta las siguientes

En los dientes: pueden presentar desgaste 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.

Tratamiento de la onicofagia

Odontológico

Aparatología

Tratamiento psicológico

Tratamiento dermatológico. (p. 2).

Investigando la obra de Borrás y colaboradores⁵⁵ (2011), transcriben que:

Cuando los niños se muerden constantemente las uñas, aparecen lesiones y desgastes en el relieve de los incisivos y en el esmalte. Este mal hábito tiene origen ansioso, crea alteraciones dentarias y afecta también a la higiene de todo el aparato estomatognático. La terapia de modificación de conducta ha sido

⁵³Nahàs, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. Sao Paulo- República Federativa del Brasil. Livraria Santos Editora Ltda.

⁵⁴Navas, C. (2012). Hábitos orales. [En línea]. Consultado [24, mayo, 2015] Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf.

⁵⁵Borrás, S., García, T., Monleon, C., y Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. República federativa de Brasil: Artes digitales Nau Llibres.

utilizada ampliamente en el tratamiento de la onicofagia y es considerada la técnica más exitosa hasta el momento. (p. 37).

2.1.7.2. Queilofagia.

Estudiando la obra de Alves y Nogueira⁵⁶ (2002), mencionan que:

También lo entendemos como resultante de la transferencia de los hábitos de succión. Inicialmente el niño comienza con la sección del labio sujetando el labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores, y por la presión de la mordida, resulta la inclinación vestibular de los incisivos superiores y lingual de los inferiores. Como agravante, se realiza la deglución en esta misma posición. (p. 85).

Considerando la obra de Nahas⁵⁷ (2009), refiere que:

Los hábitos labiales son los que envuelven la manipulación de la boca. Se observa como consecuencia de los hábitos de lamer, morder o succionar los labios frecuentemente son los tejidos peribucales enrojecidos, resecaos e inflamados, en especial en épocas de temperatura más fría. Los hábitos labiales también pueden mantener una maloclusion preexistente, dependiendo de su intensidad, duración, frecuencia. Durante el hábito de succión labial, se observa la interposición del labio inferior detrás de los incisivos superiores, produciendo una fuerza vestibular sobre ellos y lingual sobre los incisivos inferiores. Esas fuerzas contrarias causan la inclinación de los incisivos superiores hacia vestibular e inferiores hacia lingual, acentuando considerablemente el traspase horizontal (overjet). (p. 565).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Infomed, en un artículo de Universidad Virtual de la Salud Manuel Fajardo⁵⁸ (2014), refieren que:

El mordisqueo de labios o carrillos. Se debe orientar las desarmonías que puede llegar a producir y si está presente remitir a su estomatólogo.

⁵⁶Alves, R., y Nogueira, E. (2002). Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Sao Paulo- República Federativa del Brasil: Editora artes médicas Ltda.

⁵⁷Nahàs, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. Sao Paulo-República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora Ltda.

⁵⁸Universidad Virtual de la Salud Manuel Fajardo. (2014). Hábitos deformantes del complejo maxilofacial y sus manifestaciones clínicas. [En línea] Consultado: [01, junio, 2015]. Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/34-habitos-deformantes-del-complejo-dentomaxilofacial-y-sus-manifestaciones-clinicas>

Características clínicas:

Linguoversión de incisivos inferiores.

Vestibuloversión de incisivos superiores.

Mordida cruzada posterior cuando se refiere al carrillo. (párr. 13).

Analizando la obra de Bardoni y colaboradores⁵⁹ (2010), citan que:

Los hábitos de succionarse los labios o carrillos se ven con frecuencia en niños con exceso de overjet. Los hábitos de succión de labio no son generalmente causa de maloclusión, sino una consecuencia de ella. Una vez que se corrige el excesivo overjet que entrapa al labio inferior entre los dientes, éste recupera su posición original y por lo general se elimina la succión. (p. 666).

Tratamiento.

Analizando informaciones disponibles en la revista Ortodoncia WS, en un artículo de Gonzales y colaboradores⁶⁰ (2012), mencionan que:

Se usa una placa labio activa o Lip Bumper. Cuando el paciente presenta una deglución atípica con interposición del labio superior será colocado en el arco superior. Cuando ya se ha instalado la clase II división 1, con proyección de la maxila, crecimiento horizontal y sobremordida profunda, cuya etiología es un hábito de deglución atípica con interposición del labio inferior, se debe usar al mismo tiempo un Lip Bumper, placa de levantamiento de la mordida anterior y aparato extrabucal. Para la hipotonía del labio superior se recomienda que el paciente haga algunos ejercicios, el aparato utilizado como auxiliar en los ejercicios para tonificación labial es la placa vestibular o escudo vestibular. (párr. 16).

2.1.7.3. Glosofagia.

Investigando la obra de Alves y Nogueira⁶¹ (2002), transcriben que:

Es más fácil de observar cuando el niño está distraído haciendo determinada tarea. No es raro encontrar niños que, al escribir se muerdan la lengua. Esto lo hacen en muchas ocasiones cuando se realiza algún esfuerzo, y en esta época hemos observado niños mordiéndose la lengua frente a la computadora. La

⁵⁹Bardoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina: Editorial medica panamericana.

⁶⁰Gonzales, M., Guida, G., Herrera, D., y Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

⁶¹Alves, R., y Nogueira, E. (2002). Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Sao Paulo- República Federativa del Brasil: Editora artes médicas Ltda.

alteración en los arcos dentales será de mordida abierta, resultante de la infraoclusión de los incisivos provocada por la presencia y por la presión de la lengua. Mordidas abiertas laterales, especialmente unilaterales, son las más frecuentes. Esto ocurre porque al hacerse un hábito, muchos individuos se muerden la lengua todo el día, y para disimular lo hacen con los segmentos laterales de los arcos dentales. (p. 86).

2.1.8. Hábitos de morder objetos.

Analizando la obra de Alves y Nogueira⁶² (2002), refieren que:

Hay niños que no solo hacen la succión del chupete, sino que también muerden, principalmente cuando el hábito sobrepasa la instalación de la dentición decidua y llega a la mixta. La necesidad de morder es inherente, una vez que los primeros dientes deciduos establecen oclusión y permiten función. Cuando este impulso natural de morder no sea atendido, se producirá la búsqueda para satisfacerlo. (p. 86).

Estudiando la obra de Ford⁶³ (2001), menciona que:

La mayoría de los expertos coinciden que el uso de los objetos es compañía normal en el desarrollo de un bebé, aunque destaca la importancia de que el niño no sea excesivamente dependiente de ellos. Esto se puede evitar fácilmente si se limita su uso a las horas de descanso y a la hora de dormir. (p. 211)

Indagando nuevamente la obra de Nahas⁶⁴ (2009), menciona que:

Algunos niños poseen el hábito de morder las uñas pueden morder otros objetos como lápices o cualquier otro, en especial cuando están absorbidos en determinada actividad o bajo presión. Además de eso, este hábito puede estar asociado a la succión del dedo, bruxismo, terror nocturno, sonambulismo, acceso de furia y al propio hábito de colocar el dedo en la nariz. (p. 564).

⁶²Alves, R., y Nogueira, E. (2002). Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Sao Paulo- República Federativa de Brasil. Editora artes médicas Ltda.

⁶³Ford, G. (2001). De bebe satisfecho a niño confiado. Reino de España: Editorial Edaf S.A.

⁶⁴Nahàs, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. Sao Paulo-República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora Ltda.

Investigando informaciones disponibles en la revista de Ortodoncia. WS, encontramos un artículo de Suarez y colaboradores⁶⁵ (2012), citan que:

Comerse las uñas, morder lápices u otros objetos son hábitos que provocan alteraciones dentarias. Su efecto se produce por desgaste o abrasión irregular y astillamiento prematuro de los dientes. Además, aparecen heridas en las mucosas orales que favorecen lesiones como las aftas e infecciones como herpes. (párr. 32).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web ECAP, en un artículo de Banks y Sojin⁶⁶ (2002), mencionan que:

Si de ocurrencia infrecuente o rara, los niños de edad preescolar tal vez muerden por algunos de los mismos motivos que tienen los bebés y niños de hasta tres años de edad-para controlar una situación, para llamar la atención, como estrategia de auto-defensa, o por extrema frustración o enojo. No obstante, el que un niño muerde frecuentemente después de cumplir los 3 años podría indicar otros problemas de comportamiento, ya que para esa edad muchos niños tienen las habilidades de comunicación necesarias para expresar sus necesidades sin morder. (párr. 11)

2.1.9. Hábitos de la masticación.

Revisando informaciones disponibles en el sitio web diario libre, en un artículo de González⁶⁷ (2005), cita que:

Las fuerzas parafuncionales son fuerzas dañinas que alteran en forma sensible la salud bucal, creando situaciones, que de no ser resueltas o detectadas a tiempo, pueden degenerar en serias complicaciones. Porque el sistema masticatorio obviamente tiene como encomienda triturar los alimentos en un período de tiempo, que entre las tres comidas habituales incluyendo las meriendas, no excede de una duración de más de tres horas por día. De modo que si desarrollamos hábitos que prolongan en forma repetitiva y sostenida los mismos movimientos que utilizamos para comer, los tejidos dentales y musculares se resienten dando en algunos casos respuestas dolorosas en forma de aviso, en otros casos no hay síntomas que permitan detectar con facilidad la magnitud del problema que se está incubando. Cuando tenemos problemas de parafunción masticatoria se van a producir fracturas de coronas, de puentes , desgastes de

⁶⁵Suarez, E., Salas, W., Villalobos, G., Villalobos, K., y Quirós, O. (2012). [En línea]. Consultado: [11, junio, 2015] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>

⁶⁶Banks, R y Sojin, Y. (2002). Como tratar los comportamientos de morder en niños pequeños. [En línea]. Consultado [30, junio, 2015] Disponible en: <http://ecap.crc.illinois.edu/poptopics/biting-sp.html>

⁶⁷González, A. (2005). Malos hábitos de la masticación. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: http://www.diariolibre.com/noticias/2005/12/23/i83359_malos-hbitos-masticacin.html

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. 1, 2 y 3).

Revisando informaciones disponibles en el sitio web con tu salud, en un artículo de Jaramillo⁶⁸ (2000), expone 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).

2.9.1. Bruxismo.

Estudiando la obra de Barrancos y Barrancos⁶⁹ (2006), cita que:

El bruxismo es definido como una actividad parafuncional, que consiste en el apretamiento y frotamiento excesivo de los dientes entre sí en forma rítmica y que conduce al desgaste de una o más piezas dentarias. El bruxismo puede relacionarse con el dolor muscular tanto en la zona de la cabeza, cuello, los hombros y la espalda, como con la disfunción temporomandibular y las interferencias oclusales. (p. 256).

Analizando la obra de Barrios y colaboradores⁷⁰ (2004), mencionan que: “El hábito del bruxismo se considera como una actividad parafuncional que se desarrolla durante el sueño. Consiste principalmente en el apretamiento combinado con rechinar de los dientes causando lesiones destructivas en el sistema estomatognático”. (p. 1.024).

⁶⁸Jaramillo, N. (2000). Algunas costumbres alteran su dentadura (malos hábitos). [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: http://www.contusalud.com/website/folder/sepa_odontologia_malhabitos.htm

⁶⁹Barrancos, M., y Barrancos, J. (2006). Operatoria dental integración clínica. República de Argentina: Editorial Panamericana.

⁷⁰Barrios, G., Cafesse, R., Jiménez, M., Manton, S., y colaboradores. (2004). Odontología. República de Colombia: Editar Ltda.

Estudiando la obra de Behrman y colaboradores⁷¹ (2008), exponen que: “El rechinar de dientes o bruxismo es bastante frecuente, puede aparecer a los 5 años y parece asociarse a la ansiedad diurna. Si no se trata, el bruxismo puede producir problemas de oclusión dental” (p. 80).

2.1.9.2. Causas.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web Onmeda.es, en un artículo de Redacción Onmeda⁷² (2014), expone que:

En el caso del bruxismo, las causas probables se encuentran en el cerebro y están asociadas al estrés emocional que se procesa durante el sueño. Por tanto, el bruxismo nocturno representa también una forma de alteración del sueño (parasomnia). Las situaciones breves de estrés en el entorno familiar o laboral también pueden exteriorizarse mediante el bruxismo. En algunos casos es una enfermedad del periodonto la causante de los problemas; una prótesis dental mal asentada (puentes, coronas, prótesis) o empastes pueden provocar rechinar o presionar los dientes. El bruxismo también puede aparecer debido a problemas ortopédicos que provocan posiciones incorrectas. Una posible causa neurológica puede ser, entre otros, la esclerosis múltiple. Generalmente el bruxismo es un fenómeno frecuente, no asociado necesariamente a una enfermedad psíquica u otra enfermedad grave. (párr. 15).

2.1.9.3. Tratamiento.

Investigando la obra de Villafranca, et al.⁷³ (2006), refieren que:

El tratamiento del bruxismo puede limitarse al equilibrio conservador de la cara oclusal, o a una guarda protética de mordida palatina blanda para sujetos con dentadura permanente, si aceptan tal dispositivo. La atrición o desgaste intensos de los dientes primarios puede obligar a cubrirlos en su totalidad con coronas de acero inoxidable, en especial si hay caries extensa. (p. 306).

⁷¹Behrman, R., Kliegman, R., y Jenson, H. (2008). Nelson tratado de pediatría. Reino de España: Elsevier.

⁷²Redacción Onmeda. (2014). Bruxismo. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: <http://www.onmeda.es/enfermedades/bruxismo.html>

⁷³Villafranca, F., et al. (2006). Higienistas dentales. Reino de España: Editorial Mad, S.L.

Analizando la obra de Leal⁷⁴ (2002), menciona que:

La terapia básica del bruxismo en los niños está dirigida al control del *stress* mediante la eliminación de las conductas estresantes. En casos muy severos es necesario recurrir a la ayuda del psicólogo. La sugerencia de rutina si el stress es nocturno, es la práctica antes de dormir de una actividad relajante, como pintar, recortar, oír música, tomar un baño de agua tibia. (p. 502 y 503)

2.2. Variables.

Edad.

Género.

Hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero del cantón Portoviejo.

2.2.1. Matriz de operacionalizacion de las variables.

Véase operacionalizacion, anexo 2, cuadro 15, p. 74.

⁷⁴Leal, F. (2002). Plata Rueda: El pediatra eficiente. Bogotá-República de Colombia: Editorial médica panamericana.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Campo. Porque la investigación se realizó en los escolares de seis a diez años del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

Bibliográfica. Porque para desarrollar la investigación, se utilizó la recopilación de: libros, artículos, revistas y páginas web que fueron de soporte para el desarrollo del marco teórico.

3.2. Tipo de investigación.

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.3. Métodos.

Para evaluar los hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad, se realizó como método la inspección clínica, el resultado se redactó en una matriz de observación creada para su efecto.

3.4. Técnicas.

Observación.- Se realizó una matriz de observación para los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

3.5. Instrumentos.

Ficha de observación. Ver anexo3, p. 75 y 76.

3.6. Población y muestra.

La población estuvo constituida por 187 niños y niñas desde 6 hasta 10 años de edad. Y la muestra constituida por 88 escolares de edades entre 6 a 10 años del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero que presentaron hábitos bucales parafuncionales.

Criterios de inclusión.

Solo se investigaron los hábitos de succión digital, onicofagia, respiración bucal y mordedura de objetos, niños y niñas desde seis hasta diez años de edad que estaban legalmente matriculados, que sus padres firmaron el documento de consentimiento informado y que asistieron a la escuela durante el periodo de investigación.

Criterios de exclusión.

No se realizó la investigación a los niños y niñas menores de seis años de edad y mayores de diez años de edad, que sus padres no firmaron el consentimiento informado y que no asistieron a la escuela durante el periodo de investigación.

Aspectos éticos.

Se elaboró un consentimiento informado dirigido a los padres de familia de los estudiantes que participaron en el estudio de investigación. Ver anexo 4, p. 77.

3.7. Recolección de la información.

Para la recolección de la información de campo, se elaboró una ficha de observación, con la cual se obtuvieron los resultados mediante la exploración clínica.

3.8. Procesamiento de la información.

Los datos obtenidos de los exámenes clínicos, fueron colocados en la ficha de observación, procesados con la aplicación de cálculo “Microsoft Excel” del paquete ofimático “Microsoft office 2013”, los resultados fueron representados mediante tablas y gráficos estadísticos.

3.9. Marco administrativo.

3.9.1. Recursos humanos.

Investigadora.

Director de tesis.

3.9.2. Recursos materiales.

Instrumentos de exploración odontológica.

Fotocopias.

Fotografías.

Materiales de Oficina.

Suministros de impresión.

3.9.3. Recursos tecnológicos.

Cámara digital.

Computadora.

Flash memory.

Impresora.

Internet.

Scanner.

Software.

3.9.4. Presupuesto.

Ver anexo 5, cuadro 16, p. 78.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de resultados de las fichas de observación.

Cuadro 1.

Presencia de hábitos bucales parafuncionales.

| Presencia de hábitos bucales parafuncionales. | Frecuencia. | Porcentaje. |
|---|-------------|-------------|
| Con hábitos bucales parafuncionales. | 88 | 47,06 |
| Sin hábitos bucales parafuncionales. | 99 | 52,94 |
| Total. | 187 | 100,00 |

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Anexo 3, p. 75 y 76. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 38.

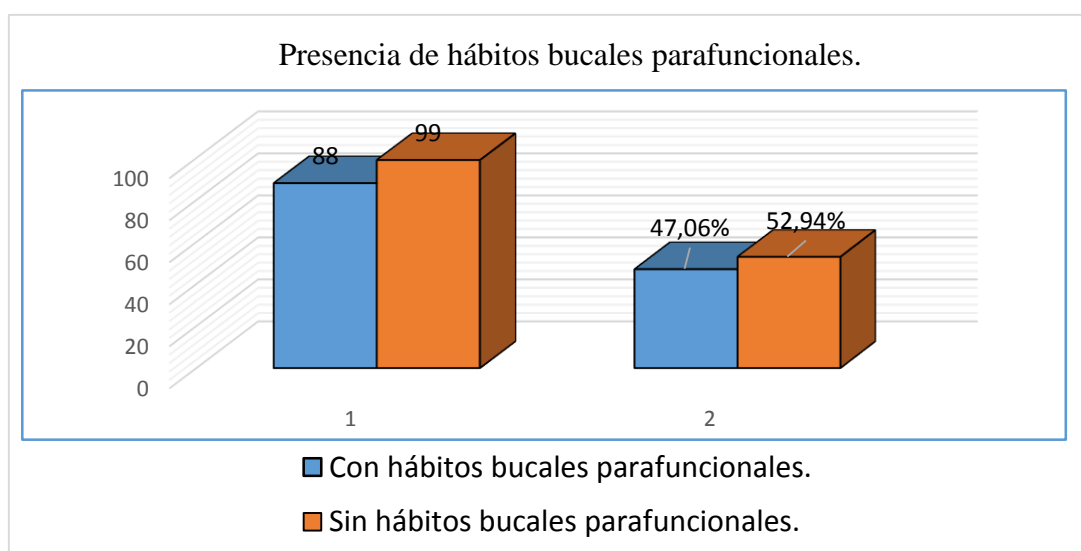


Gráfico N°. 1. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 38.

Análisis e interpretación de los resultados.

En el cuadro y gráfico N°. 1 de un total de 187 niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero de acuerdo a la observación realizada se puede deducir que el 52,94% conformado por 99 estudiantes no posee ningún hábito bucal parafuncional, mientras que el 47,06% representado por 88 niños y niñas, presenta hábitos bucales parafuncionales.

Según los resultados obtenidos en esta investigación, se determinó que 88 niños y niñas de 6 a 10 años de edad presentaban hábitos bucales parafuncionales mientras que 99 niños no presentaron dichos Hábitos bucales.

Revisando la Revista Biomédica en su versión digital, en un artículo de Reyes y colaboradores⁷⁵ (2014), realizaron una investigación en Cuba, Municipio de Manzanillo, Provincia de Granma, mencionan que:

Del total de niños entre 5 y 11 años del área se seleccionaron 540 menores, de ellos 180 con hábitos bucales deformantes que se examinaron en consulta a los que se les aplicó una encuesta para determinar el tipo de hábitos que practicaban. Los niños con hábitos deformantes constituyeron los casos y los otros 360 sin hábitos bucales deformantes constituyeron los controles. (párr. 4)

Según el estudio citado, se puede observar que coincide con la investigación de campo realizada ya que los hábitos bucales parafuncionales se presentaron en menor frecuencia con relación al total de la población.

⁷⁵Reyes, D., Panque, M., Almeida, Y., Quesada, L., Escalona, D., y 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: [21, julio, 2015] Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5927>

Cuadro 2.

Hábitos bucales parafuncionales más frecuente en los niños de 6 a 10 años de edad.

| Caracterización de los hábitos bucales. | Frecuencia. | Porcentaje. |
|---|-------------|-------------|
| Succión digital. | 1 | 1,14 |
| Onicofagia. | 26 | 29,55 |
| Respirador bucal. | 6 | 6,82 |
| Habito de morder objetos. | 55 | 62,50 |
| Total. | 88 | 100,00 |

Fuente: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Anexo 3, p. 75 y 76. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 40.

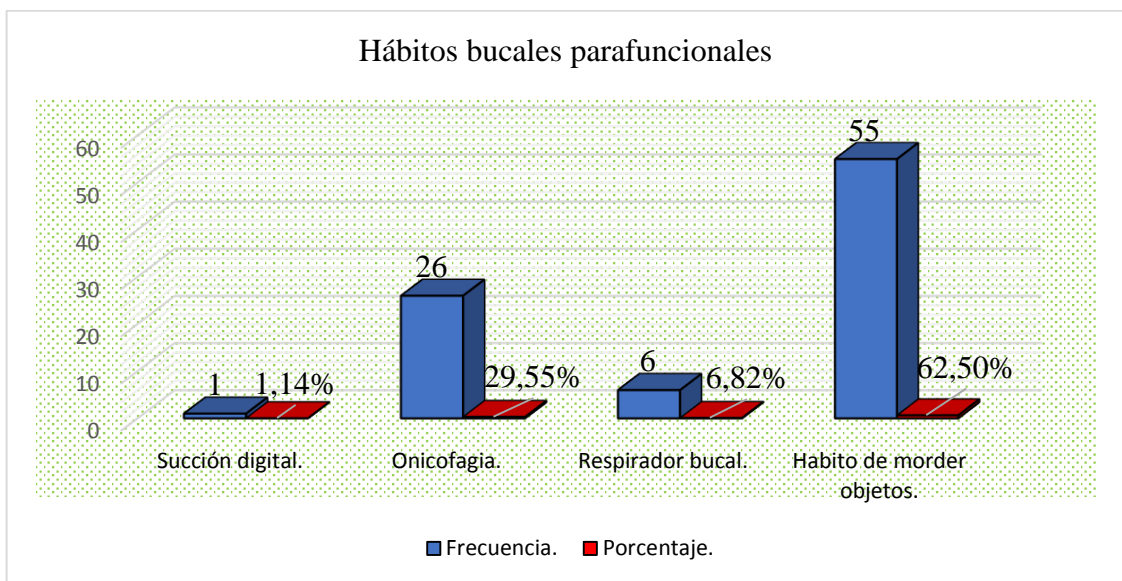


Gráfico N°. 2. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero . Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 40.

Análisis e interpretación de resultados.

En el cuadro y gráfico N°. 2 del total de 88 niños y niñas de 6 a 10 años con hábitos bucales parafuncionales, el 1,14% representado por 1 niño presentó succión digital, el 29,55% conformado por 26 estudiantes presentó onicofagia, el 6,82% constituido por 6 alumnos presentó respiración bucal, y el 62,50% conformado por 55 niños y niñas presentó el hábito de morder objetos.

Según los datos obtenidos en el estudio, el hábito más frecuente en niños y niñas fue el hábito de morder objetos, seguido del hábito de onicofagia, respirador bucal y en menor frecuencia el hábito de succión digital.

Analizando la Revista Médica Clínica Las Condes en su versión digital, presentaron un artículo de Muller y Piñeiro⁷⁶ (2014), mencionan que:

Un hábito es una acción repetida que se realiza de forma automática, son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Dentro de la cavidad oral podemos encontrar la presencia de malos hábitos orales, quienes son de gran importancia en el desarrollo de las maloclusiones. Entre los más comunes se encuentran los hábitos de succión, respiradores bucales, alteraciones de la deglución e interposición de objetos. (p. 382) (Cap. I p.2)

En este estudio citado se puede observar que los hábitos más comunes, no coinciden con los hábitos estudiados en esta investigación.

⁷⁶Muller, R. Piñeiro, S. (2014). Malos hábitos orales: Rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. [En línea]. Consultado: [03, junio, 2015] Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

Cuadro 3.

Grupos de edades de los niños y niñas que presentaron hábitos bucales parafuncionales.

| Edad. | Frecuencia. | Porcentaje. |
|-------------|-------------|-------------|
| 6 a 8 años | 55 | 62,50 |
| 9 a 10 años | 33 | 37,50 |
| Total. | 88 | 100,00 |

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Anexo 3, p. 75 y 76. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 42.

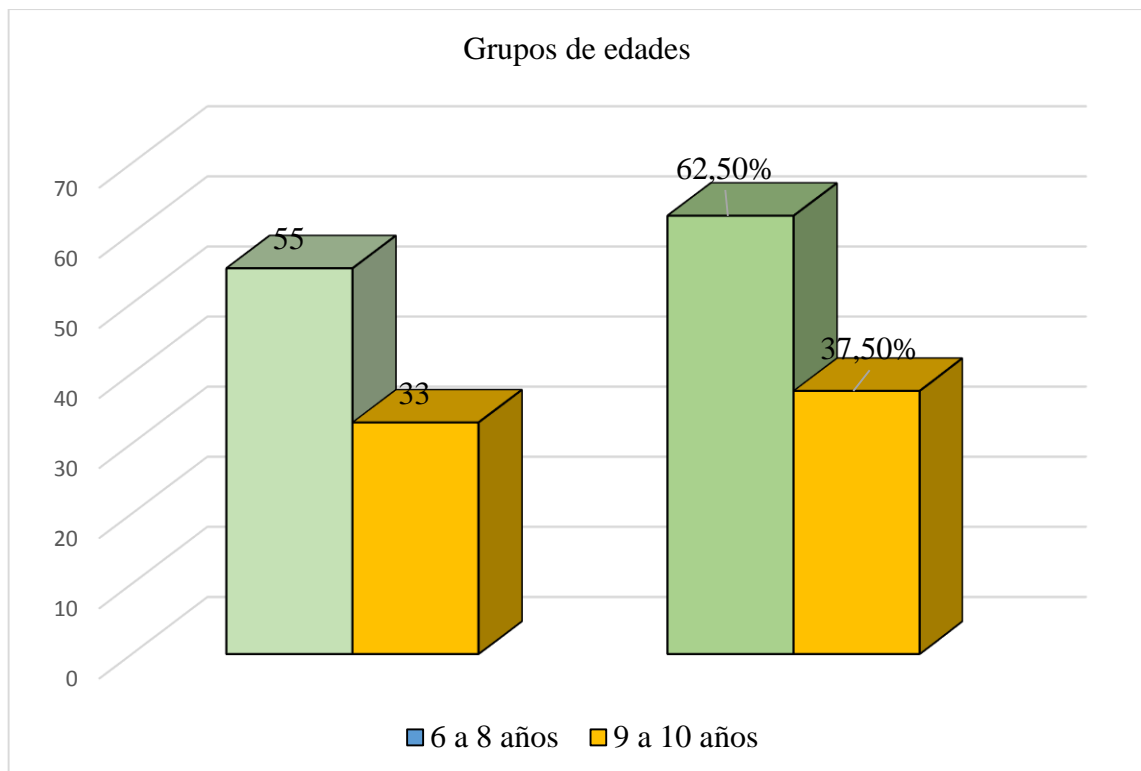


Gráfico N°.3. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero . Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 42.

Análisis e interpretación de resultados.

En el cuadro y gráfico N° 3, se puede evidenciar que el total de la muestra de 88 niños y niñas con hábitos bucales parafuncionales, los grupos de edades de 6 a 8 años representó el 62,50%, mientras que el grupo de edades de 9 a 10 años el 37,50%.

Los datos obtenidos mediante la ficha de observación, dan como resultado que los hábitos bucales parafuncionales son más frecuentes en el grupo de edades de 6 a 8 años, y en minoría en el grupo de 9 a 10 años de edad.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Scielo, de la revista chilena de pediatría de Agurto y colaboradores⁷⁷ (1999), los autores refieren que:

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

- a) La edad en que este inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.
- b) El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito.
- c) La frecuencia de este, es decir el número de veces al día. (párr. 14) (Cap. II, p .9)

En el estudio citado se puede observar que los hábitos bucales si inician a edad temprana el daño será mayor produciendo alteraciones a nivel dental, comparando con la investigación de campo realizada, los hábitos bucales parafuncionales se presentaron en edades de 6 a 8 años.

⁷⁷Agurto, P. Díaz, R. Cádiz, O. Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. [En línea]. Consultado [24, junio, 2015]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041061999000600004&lng=en&nrm=iso&ignore=.html

Cuadro 4.

Género de los alumnos que presentaron hábitos bucales parafuncionales.

| Género. | Frecuencia. | Porcentaje. |
|------------|-------------|-------------|
| Femenino. | 47 | 53,40 |
| Masculino. | 41 | 46,60 |
| Total. | 88 | 100,00 |

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Anexo 3, p. 75 y 76. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 44.

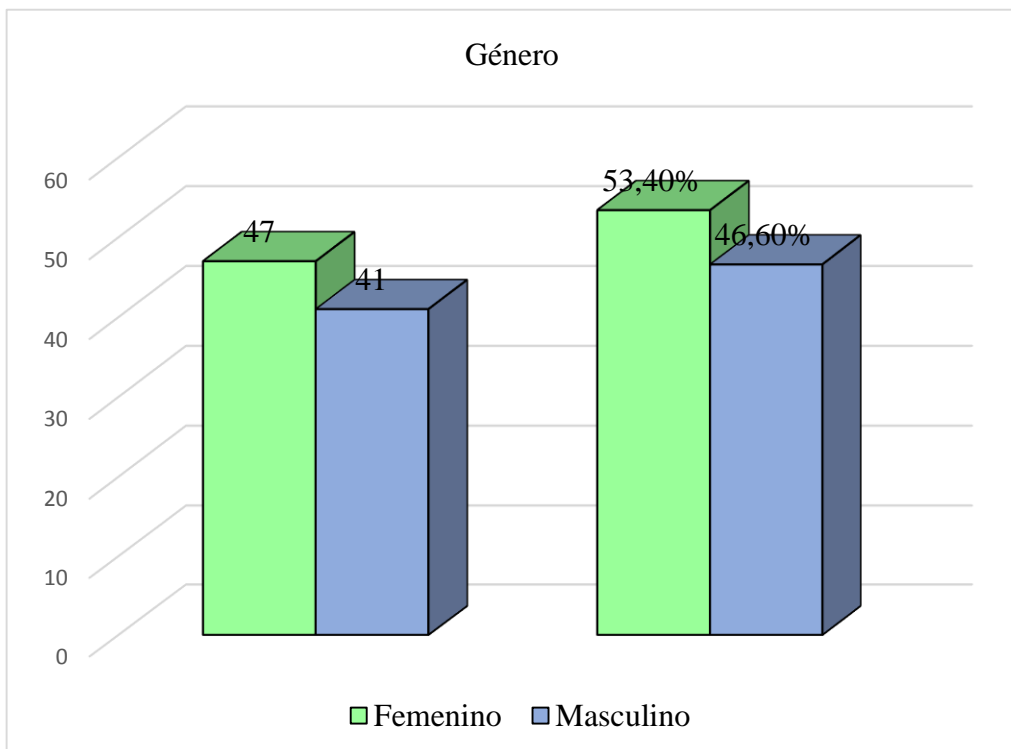


Gráfico N.º 4. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 44.

Análisis e interpretación de resultados.

En el cuadro y gráfico N°. 4 se puede representar que del total de la muestra de 88 niños y niñas con hábitos bucales parafuncionales, la distribución del género fue en el femenino con 53,40% constituida por 47 estudiantes, en relación con el género masculino en un 46,60% representado por 41 estudiantes.

Según los datos obtenidos mediante la ficha de observación, los resultados indican que los hábitos bucales parafuncionales predominan en el género femenino y en menor frecuencia en el género masculino.

Analizando informaciones disponibles en la revista de Ortodoncia W.S, encontramos un artículo de Urrieta y colaboradores⁷⁸ (2008), citan que: “La prevalencia de pacientes con hábitos bucales fue de 64,7% siendo el género femenino predominante con un 35,29% y el masculino con un 29,41%, la edad oscilante de la presencia de hábitos es de 7 a 8 años”. (párr. 4)

En el estudio citado, se puede observar que coincide con la investigación de campo ya que los hábitos bucales parafuncionales detectados presentaron mayor prevalencia en el género femenino.

⁷⁸Urrieta, E. López, I. Quirós, O. Farias, M. Rondón, S y Lerner H. (2008). Hábitos bucales y Maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el Diplomado de Ortodoncia Interceptiva U.G.M.A. Año 2006-2007. [En línea]. Consultado: [24, junio, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>

Cuadro 5.

Hábitos bucales parafuncionales de acuerdo a los grupos de edades.

| Grupo de edades y hábitos bucales parafuncionales. | Frecuencia. | | Porcentaje. | | Total. |
|--|-------------|--------------|-------------|--------------|--------|
| | 6 a 8 años. | 9 a 10 años. | 6 a 8 años. | 9 a 10 años. | |
| Succión digital. | 1 | 0 | 1,14 | 0,00 | 1,14 |
| Onicofagia. | 12 | 14 | 13,64 | 15,91 | 29,55 |
| Respiración bucal. | 5 | 1 | 5,68 | 1,14 | 6,84 |
| Hábito de morder objetos | 36 | 19 | 40,91 | 21,59 | 62,50 |
| Total. | 88 | | 61,36 | 38,64 | 100,00 |

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Anexo 3, p. 75 y 76. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 46.

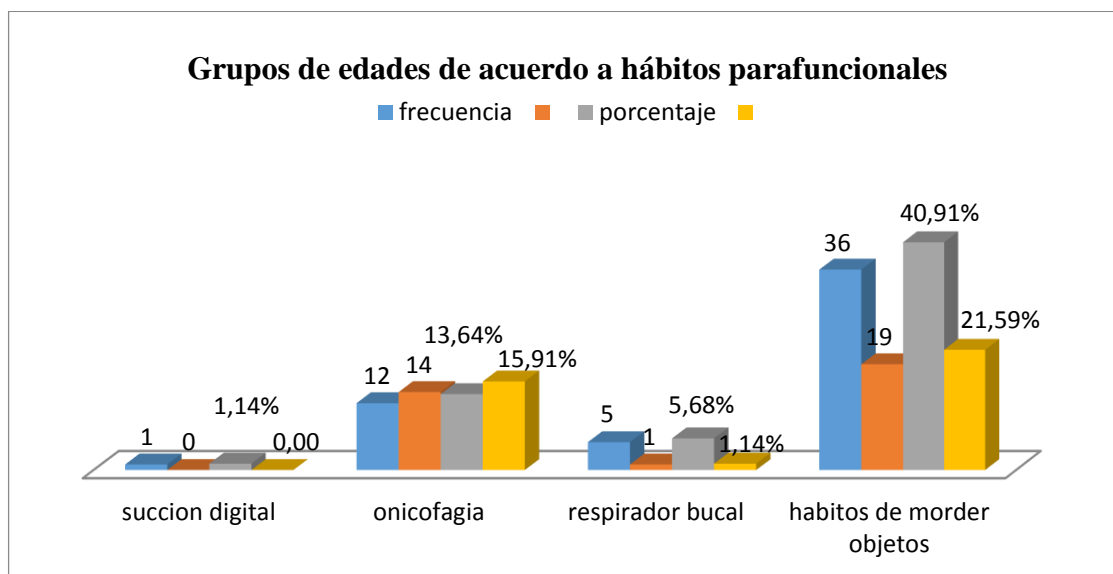


Gráfico N°. 5. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 46.

Análisis e interpretación de resultados.

En el cuadro y gráfico N°. 5 De un total de 88 niños y niñas con hábitos bucales parafuncionales, de acuerdo a los grupos de edades, la succión digital se presentó en el las edades de 6 a 8 años correspondiente al 1,14%, la onicofagia estuvo presente en 12 niños y niñas correspondiente al grupo de edades de 6 a 8 años constituyendo el 13,64% y las edades de 9 a 10 años representado por 14 niños y niñas conformando el 15,91%, la respiración bucal predominó en el grupo de edades de 6 a 8 años con 5 niños y niñas representando el 5,68% mientras que en las edades de 9 a 10 años presentaron a 1 niño correspondiente al 1,14%, y el hábito de morder objetos tuvo como predilección las edades de 6 a 8 años siendo el 40,91% y el grupo de edades de 9 a 10 años conformado por 19 niños y niñas constituyó el 21,59%.

Según los resultados obtenidos mediante la ficha de observación, el hábito de succión digital se presentara en el grupo de edades de 6 a 8 años, la onicofagia tendrá mayor predominio en las edades de 9 a 10 años, la respiración bucal se presentará en el grupo de edades de 6 a 8 años, y el hábito de morder objetos con mayor prevalencia en las edades de 6 a 8 años.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web Scielo, en un artículo de Narváez y colaboradores⁷⁹ (2010), menciona que:

Se diseñó un tipo de estudio descriptivo de corte transversal donde se evaluaron 511 escolares de estrato bajo de 6 a 10 años de la Escuela ITSIN de San Juan de Pasto y se tomaron variables como edad y género. Resultados: 186 niños (36%) tuvieron hábitos orales, de estos 43% fueron niñas y 57% niños. Según edad, los hábitos orales fueron más frecuentes en niños de 8 años.

⁷⁹Narváez, M., Muñoz, Y., Villota, D., y Mafla, A. (2010). Hábitos orales en niños de 6 a 10 años de la escuela Itsin de San Juan de Pasto. [En línea]. Consultado: [22, julio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072010000100004&script=sci_arttext

En el estudio citado, se puede observar que coincide con la investigación realizada ya que en cuanto a la edad los hábitos bucales parafuncionales predominaron en las edades de 6 a 8 años.

Cuadro 6.

Hábitos bucales parafuncionales de acuerdo a los géneros.

| Géneros y tipos de hábitos. | Frecuencia. | | Porcentaje. | | Total. |
|-----------------------------|-------------|------------|-------------|------------|--------|
| | Femenino. | Masculino. | Femenino. | Masculino. | |
| Succión digital. | 1 | 0 | 1,14 | 0,00 | 1,14 |
| Onicofagia. | 16 | 10 | 18,18 | 11,36 | 29,55 |
| Respiración bucal. | 2 | 4 | 2,27 | 4,55 | 6,82 |
| Hábitos de morder objetos. | 28 | 27 | 31,82 | 30,68 | 62,50 |
| Total. | 88 | | 53,41 | 46,59 | 100,00 |

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Anexo 3, p. 75 y 76. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 49.

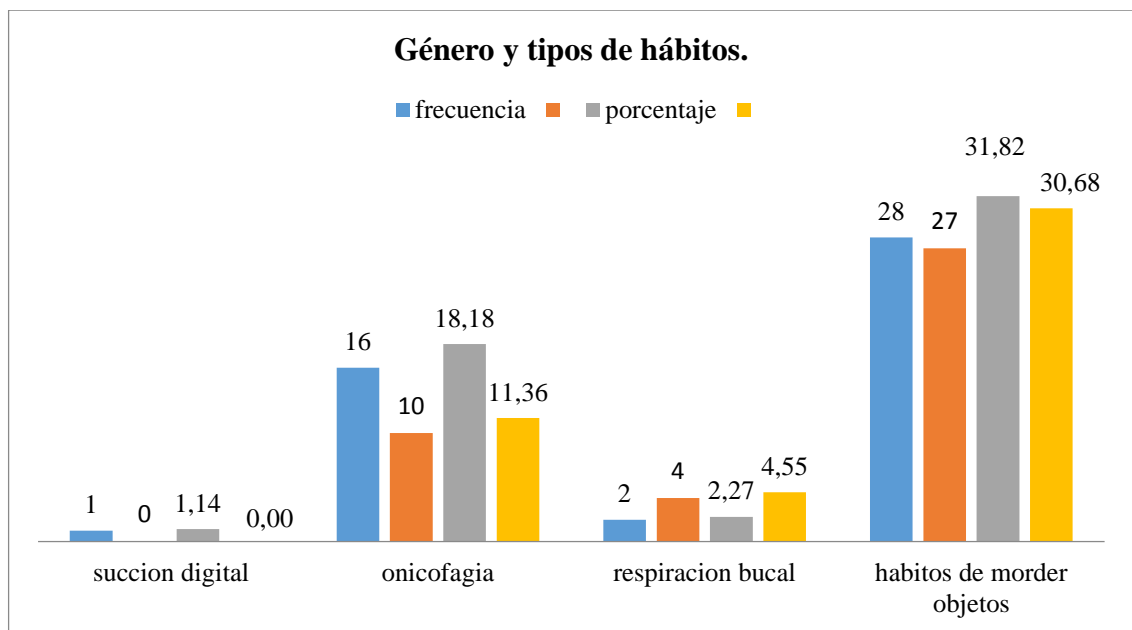


Gráfico N°. 6. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 49.

Análisis e interpretación de resultados.

En el cuadro y gráfico N°. 6 de un total de 88 niños y niñas con hábitos bucales parafuncionales, de acuerdo al género en el hábito el hábito de succión digital estuvo representado por 1 niña constituyendo el 1,14% del total de la muestra, la onicofagia en el género femenino con 16 niñas correspondientes al 18,18% y 10 niños correspondientes al 11,36%, el hábito de respiración bucal el género masculino representado por 4 niños constituyendo el 4,55% y el género femenino representado por 2 niñas constituyendo el 2,27% y el hábito de morder objetos el género femenino representado por 28 niñas conformando el 31,82% y el género masculino constituido por 27 niños representado el 30,68%.

Según los datos obtenidos en la investigación mediante la ficha de observación en el género, de acuerdo a cada hábito se encontró que: el hábito de succión digital tuvo mayor predominio en el género femenino, la onicofagia se dio en mayor porcentaje en el género femenino, la respiración bucal prevaleció en el género masculino y el hábito de morder objetos se presentó con mayor frecuencia en el género femenino.

Analizando informaciones disponibles en la revista de Ortodoncia W.S, encontramos un artículo de Urrieta y colaboradores⁸⁰ (2008), citan que:

La prevalencia de pacientes con hábitos bucales fue de 64,7% siendo el género femenino predominante con un 35,29% y el masculino con un 29,41%, la edad oscilante de la presencia de hábitos es de 7 a 8 años. (párr. 4)

⁸⁰Urrieta, E. López, I. Quirós, O. Farias, M. Rondón, S y Lerner H. (2008). Hábitos bucales y Maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el Diplomado de Ortodoncia Interceptiva U.G.M.A. Año 2006-2007. [En línea]. Consultado: [24, junio, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>

Según el estudio citado, coincide con la investigación realizada ya de acuerdo al género los hábitos bucales parafuncionales prevalecieron en el género femenino.

Cuadro 7.

Características de la succión digital de los niños y niñas de 6 a 10 años del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

| Características de la succión digital. | Frecuencia. | | Total. | Porcentaje. | | Total. |
|--|-------------|--------------|--------|-------------|-------------|--------|
| | Presenta. | No presenta. | | Presenta | No presenta | |
| Mordida abierta anterior. | 1 | 87 | 88 | 1.14% | 98.86% | 100% |
| Mordida cruzada posterior. | 0 | 88 | 88 | 0.00 | 100.00% | 100% |
| Protrusión de incisivos superiores. | 0 | 88 | 88 | 0.00 | 100.00% | 100% |
| Retroinclinación de los incisivos inferiores. | 0 | 88 | 88 | 0.00 | 100.00% | 100% |
| Callosidades en el dorso del dedo que succiona, dedos enrojecidos y limpios. | 1 | 87 | 88 | 1.14% | 98.86% | 100% |

Nota: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Anexo 3 p. 75 y 76. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 52.

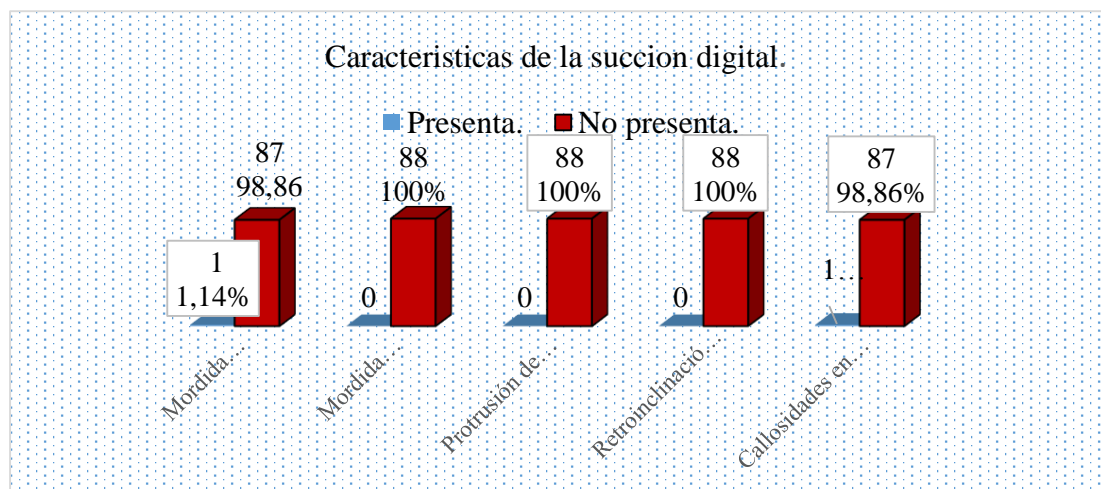


Gráfico N° 7. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p.52.

Análisis e interpretación de resultados.

En el cuadro y gráfico N°. 7 del total de 88 niños y niñas con hábitos bucales parafuncionales, en el hábito de succión digital encontramos que en sus características clínicas el 1.14% representado por 1 niño presentó mordida abierta anterior y callosidades en el dorso del dedo que succiona mientras que 87 niños no presentaron estas características representando el 98.86%.

Según los resultados obtenidos mediante la ficha de observación, las características que presentaron los niños con hábito de succión digital, fue mordida abierta anterior y callosidades en el dorso del dedo que succiona.

Analizando la obra de Bardoni y colaboradores⁸¹ (2010), refiere que:

Usualmente, la succión digital produce algunas alteraciones a nivel de las estructuras dentofaciales, especialmente en el sector anterior. Si la succión digital se interrumpe alrededor de los 6 años de edad con la erupción de los incisivos, cualquier alteración de las estructuras dentofaciales podrá ser reversible; pero si esta continúa, las alteraciones suelen ser irreversibles y solo podrán ser corregidas con tratamiento ortodòntico (Popovich y col., 1973). (Cap. II, p. 14).

En el estudio realizado, se puede observar que coincide, ya que durante la investigación, en las características de la succión digital se observó mordida abierta en el sector anterior.

⁸¹Bardoni, N. Escobar, A. Castillo, R. (2010). Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires- República Argentina. Editorial medica panamericana

Cuadro 8.

Características de la onicofagia de los niños y niñas de 6 a 10 años del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

| Características de la onicofagia. | Frecuencia. | | Total. | Porcentaje. | | Total. |
|---|-------------|-------------|--------|-------------|--------------|--------|
| | Presenta. | No presenta | | Presenta. | No presenta. | |
| Astillamiento en los dientes: incisivos centrales superiores. | 26 | 62 | 88 | 29.55% | 70.45% | 100% |
| Uñas cortas e irregulares. | 26 | 62 | 88 | 29.55% | 70.45% | 100% |
| Malposición dentaria. | 2 | 86 | 88 | 2.27% | 97.73% | 100% |

Fuente: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Anexo 3, p. 75 y 76. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. IV, p.54.

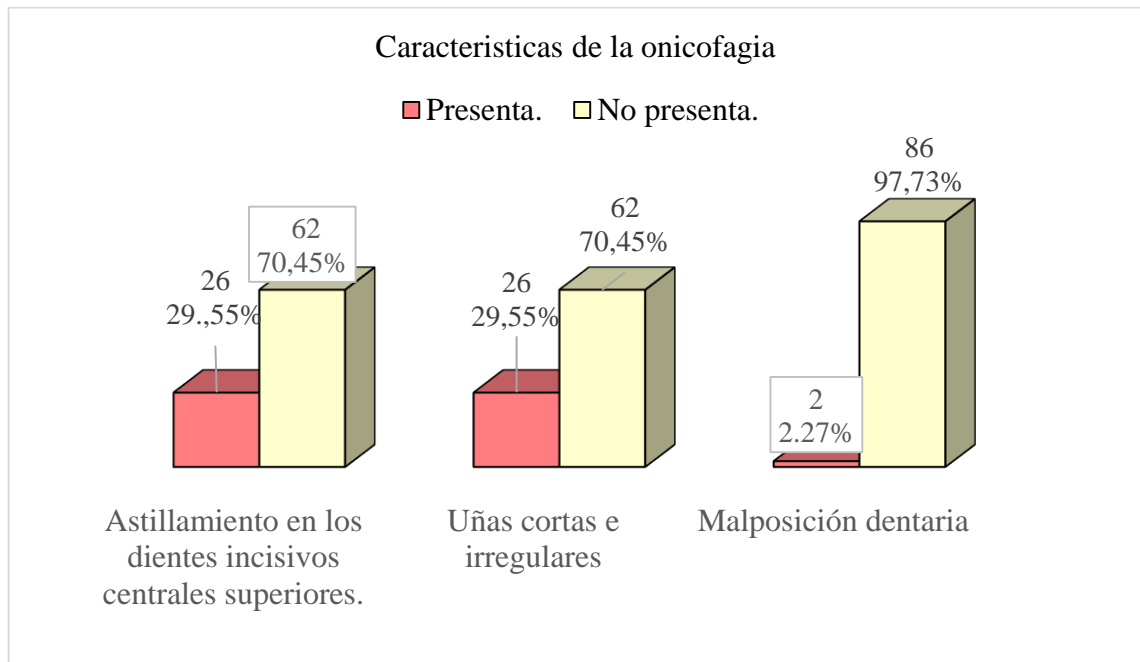


Gráfico N°. 8. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p.54.

Análisis e interpretación de resultados.

En el cuadro y tabla N°. 8 del total de la muestra de 88 niños con hábitos bucales parafuncionales, los que presentaron onicofagia en sus características clínicas, el 29.55% presentó astillamiento en los dientes constituidos por 26 estudiantes, mientras que 62 alumnos no presentaron desgaste o astillamiento de los dientes representando el 70.45%, el 29.55% correspondiente a 26 niños y niñas presentó uñas cortas e irregulares, mientras que el 70.45% no presentó dichas características, y la malposición dentaria constituida por 2 alumnos representó el 2.27%, 86 alumnos no tuvieron estas características representada por el 97.73%.

Según los resultados obtenidos mediante la ficha de observación, la característica más frecuente de la onicofagia fue astillamiento en los dientes y uñas cortas e irregulares.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web Infomed, en un artículo de Universidad Virtual de la Salud Manuel Fajardo⁸² (2014), puedo referenciar que:

La onicofagia o mordisqueo de uñas es un hábito patológico muy extendido en infancia y edad juvenil que influye negativamente en estéticas dental y bucal. Ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores. Los pequeños traumatismos que ocasiona el morder uñas en las mucosas labiales inducen a la predisposición patología infecciosa: pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones (herpes, labios cortados, aftas,...). Así mismo, la estética de las manos se ve mermada por la presencia de uñas escasas e irregulares. La psicología moderna emplea técnicas de modificación de conducta para el tratamiento de la onicofagia. La mordedura de uñas coincide habitualmente con la succión de los dedos. (Cap. II., p. 25).

⁸²Universidad virtual de la salud Manuel Fajardo. (2014). Hábitos deformantes del complejo maxilofacial y sus manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [01.junio,2015] Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/34-habitos-deformantes-del-complejo-dentomaxilofacial-y-sus-manifestaciones-clinicas>

En el estudio citado, se puede observar que coincide con la investigación, ya que entre las características de la onicofagia, se encontró con más frecuencia el astillamiento en los dientes; incisivos centrales y uñas cortas e irregulares.

Cuadro 9.

Características de la respiración bucal de los niños y niñas de 6 a 10 años del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

| Características del respirador bucal. | Frecuencia. | | Total. | Porcentaje. | | Total. |
|--|-------------|--------------|--------|-------------|--------------|--------|
| | Presenta. | No presenta. | | Presenta. | No presenta. | |
| Cara estrecha y larga. | 6 | 82 | 88 | 6,82% | 93,18% | 100% |
| Boca entreabierta. | 6 | 82 | 88 | 6,82% | 93,18% | 100% |
| Nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas. | 6 | 82 | 88 | 6,82% | 93,18% | 100% |
| Labio superior corto. | 5 | 83 | 88 | 5,68% | 94,32% | 100% |
| Labio inferior grueso. | 3 | 85 | 88 | 3,41% | 96,59% | 100% |
| Mordida cruzada posterior. | 0 | 0 | 0 | 0,00% | 0,00% | 0% |
| Paladar alto u ojival. | 6 | 82 | 88 | 6,82% | 93,18% | 100% |
| Incisivos superiores hacia adelante. | 6 | 82 | 88 | 6,82% | 93,18% | 100% |
| Incisivos inferiores lingualizados. | 6 | 82 | 88 | 6,82% | 93,18% | 100% |

Fuente: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Anexo 3, p. 75 y 76. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 57.

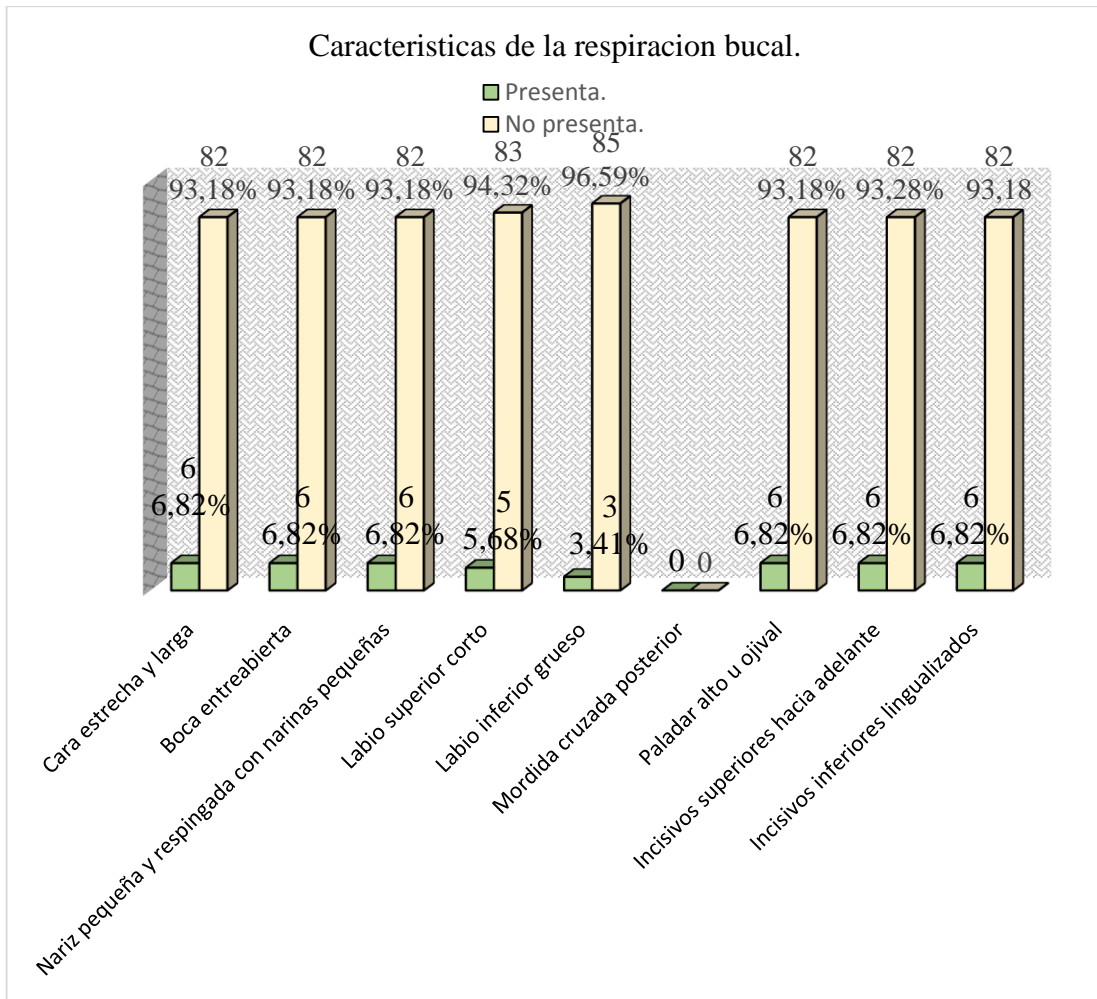


Gráfico N°.9. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 58.

Analisis e interpretacion de resultados.

En el cuadro y tabla N°. 9 del total de la muestra de 88 niños y niñas con hábitos bucales parafuncionales, en las características clínicas de la respiración bucal, el 6,82% representado por 6 niños y niñas de 6 a 10 años de edad presentaron cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas, paladar alto u ojival, incisivos superiores hacia adelante, incisivos inferiores lingualizados, mientras que el 5,68% constituido por 5 niños y niñas presentó labio superior corto, y el 3,41% conformado por 3 niños presentó labio inferior grueso.

Analizando la obra de Nahas⁸³ (2009), puedo referenciar que:

Es defina como una respiración más frecuente a través de la boca. En la mayoría de casos, lo que se observa es la combinación de la respiración nasal con la bucal, en diferentes grados. El mantenimiento de las vías aéreas es esencial para la vida del individuo, los problemas respiratorios que resultan de alergias, hipertrofias de amígdalas y adenoides y desvíos del septo pueden ser factores etiológicos o predisponentes del desarrollo de la mordida abierta anterior. Es difícil identificar el mínimo nivel de respiración bucal que inducirá a la deformación dentofacial. (p. 569) (Cap. II, p. 19)

En el estudio realizado se puede observar que no coincide con la investigación ya que los niños a los que se les realizó la investigación no presentaron mordida abierta anterior, sino que presentaron en mayor frecuencia incisivos superiores hacia adelante e incisivos inferiores lingualizados.

⁸³Nahàs, M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. Sao Paulo- Brasil. Livraria Santos Editora Ltda.

Cuadro 10.

Características de los hábitos de morder objetos de los niños y niñas de 6 a 10 años del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

| Hábitos de morder objetos | Frecuencia | | Total. | Porcentaje | | Total. |
|--|------------|--------------|--------|------------|--------------|--------|
| | Presenta. | No presenta. | | Presenta. | No presenta. | |
| Desgaste en los bordes incisales de los dientes. | 28 | 60 | 88 | 31,82% | 68,18% | 100% |
| Astillamiento en los dientes anteriores. | 27 | 61 | 88 | 30,68% | 69,32% | 100% |

Fuente: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.. Anexo 3, p. 75 y 76. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 60.

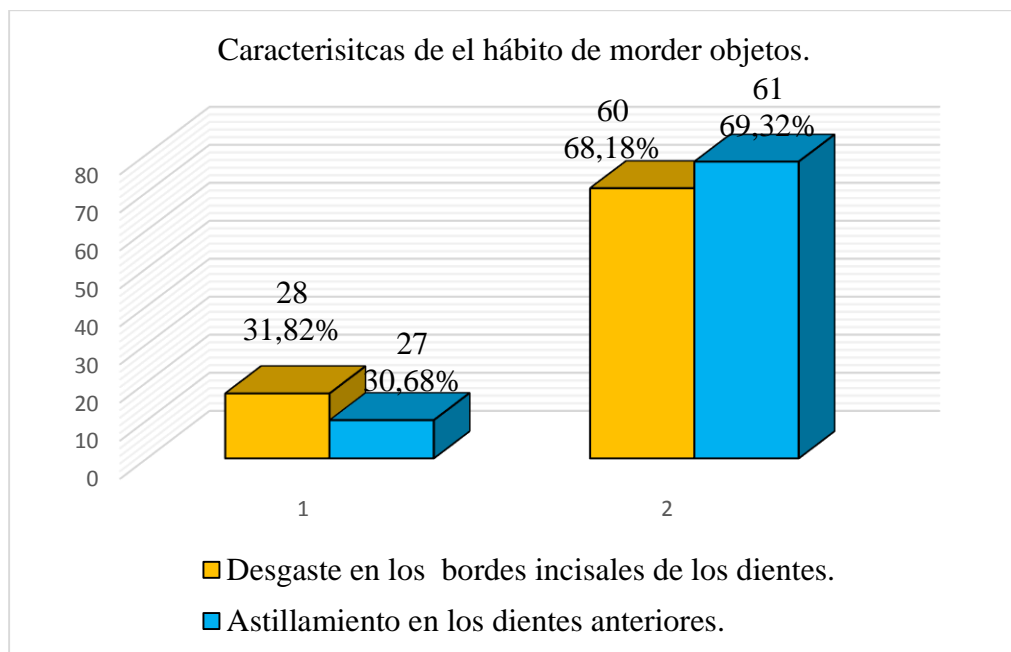


Gráfico N°.10. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero... Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 60.

Análisis e interpretación de resultados.

En el cuadro N°. 10 de la muestra total de 88 niños y niñas con hábitos bucales parafuncionales, en las características clínicas del hábito de morder objetos, encontramos que el 31,82% presentó desgaste de los bordes incisales de los dientes representado por 28 niños y niñas, mientras que el 68,18% representado por 60 estudiantes no presentó dichas características, el 30,68% constituido por 27 alumnos presentó astillamiento en los dientes anteriores y el 69,32% conformado por 61 niños y niñas no presentó astillamiento en los dientes anteriores.

Según los datos obtenidos, mediante la ficha de observación, los niños y niñas presentaron con más frecuencia desgastes en los bordes incisales de los dientes.

Analizando la obra de Alves y Nogueira⁸⁴ (2002), puedo referir que:

Hay niños que no solo hacen la succión del chupete, sino que también muerden, principalmente cuando el hábito sobrepasa la instalación de la dentición decidua y llega a la mixta. La necesidad de morder es inherente, una vez que los primeros dientes deciduos establecen oclusión y permiten función. Cuando este impulso natural de morder no sea atendido, se producirá la búsqueda para satisfacerlo. (p. 86) (Cap. II, p. 29).

En el estudio citado, se puede observar que coincide con la investigación realizada, ya que los niños y niñas que mordían objetos se encontraban durante el proceso de dentición decidua y mixta.

⁸⁴Alves, R. Nogueira, E. (2002). Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Editora artes médicas Ltda. Sao Paulo- República Federativa de Brasil.

Cuadro 11.

Objetos que presentaron señales mordeduras por el hábito de morder objetos.

| Objetos con señales de haber sido mordidos por los niños. | Frecuencia. | | Total. | Porcentaje. | | Total. |
|---|-------------|--------------|--------|-------------|--------------|--------|
| | Presenta | No presenta. | | Presenta. | No presenta. | |
| Lápiz. | 40 | 48 | 88 | 45,45% | 54,55% | 100% |
| Pluma. | 15 | 73 | 88 | 17,05% | 82,95% | 100% |
| Borrador. | 0 | 88 | 88 | 0 | 100% | 100% |

Fuente: Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Anexo 3, p. 75 y 76. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 62.

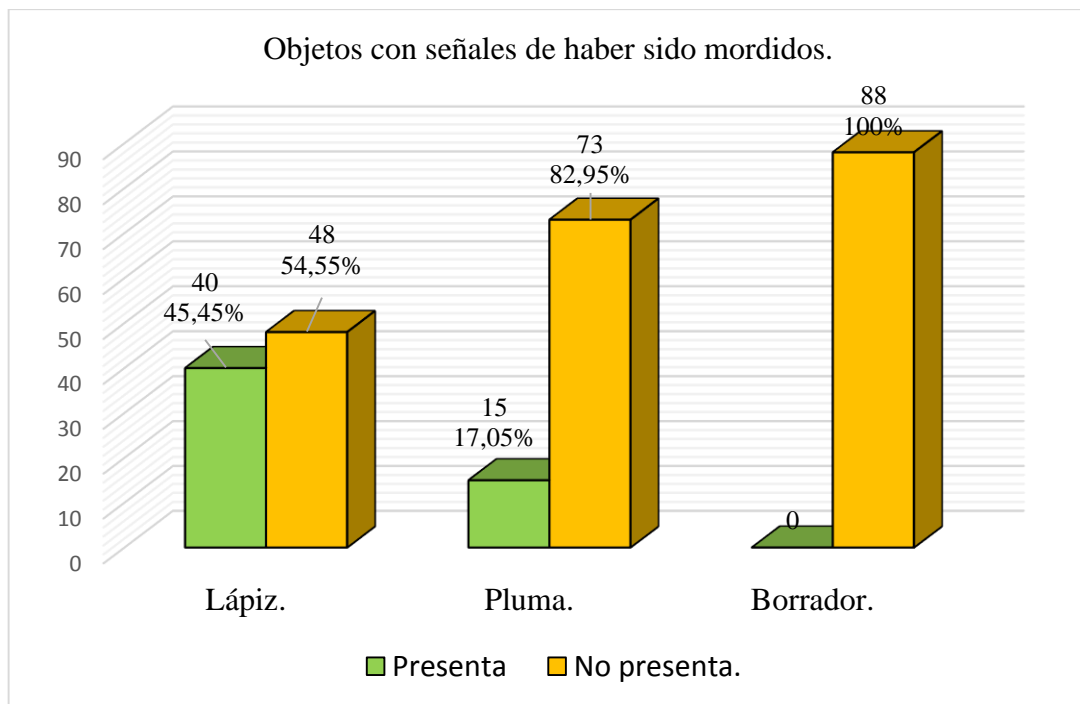


Gráfico N°.11. Resultados obtenidos de la ficha de observación realizada a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 62.

Análisis e interpretación de resultados.

En el cuadro N°. 11 del total de 88 niños y niñas de 6 a 10 años con hábitos bucales parafuncionales, en los objetos que presentaron señales de haber sido mordidos por los niños se representaron así; los 45,45% conformados por 40 estudiantes presentaron sus lápices mordidos, mientras que el 54,44% constituido por 40 estudiantes no presentaron, el 17,05% conformado por 15 alumnos tenían plumas mordidas mientras que el 82,95% constituido por 73 niños y niñas no presento dicha característica, y ningún niño presento señales de morder objetos como el borrador.

De acuerdo a los datos obtenidos mediante la ficha de observación, el lápiz fue el objeto que presentaba señales haber sido mordido por los niños y niñas.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web ECAP, en un artículo de Banks y Sojin⁸⁵ (2002), mencionan que:

Si de ocurrencia infrecuente o rara, los niños de edad preescolar tal vez muerden por algunos de los mismos motivos que tienen los bebés y niños de hasta tres años de edad-para controlar una situación, para llamar la atención, como estrategia de auto-defensa, o por extrema frustración o enojo. No obstante, el que un niño muerde frecuentemente después de cumplir los 3 años podría indicar otros problemas de comportamiento, ya que para esa edad muchos niños tienen las habilidades de comunicación necesarias para expresar sus necesidades sin morder. (párr. 11) (Cap. II, p. 30).

En el estudio citado, se puede observar que los niños suelen morder objetos por diferentes causas, comparándolo con la investigación realizada, los niños y niñas mordían ciertos objetos y el de mayor señales de haber sido mordido fue el lápiz.

⁸⁵Banks, R y Sohin, Y. (2002). Como tratar los comportamientos de morder en niños pequeños. [En línea]. Consultado [30, junio, 2015] Disponible en: <http://ecap.crc.illinois.edu/poptopics/biting-sp.html>

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación sobre los hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

De 187 niños y niñas de 6 a 10 años de edad estudiados, 88 presentaron hábitos bucales parafuncionales, de los cuales el grupo de edades en las que predominaron los hábitos bucales fueron las edades de 6 a 8 años y el género en que se presentaron con más frecuencia fue en el género femenino.

El hábito bucal parafuncional que fue más frecuente en los niños y niñas, fue el hábito de morder objetos, presentando como mayor característica desgastes en los bordes incisales de los dientes y siendo el objeto más utilizado para morder el lápiz. Y el hábito bucal parafuncional menos frecuente, fue el hábito de succión digital.

5.2. Recomendaciones.

Con la investigación realizada, se pudo llegar a las siguientes recomendaciones:

Concientizar a los padres de familia sobre la importancia de prevenir y controlar los hábitos bucales parafuncionales, para así evitar anomalías en la salud bucal de sus hijos.

Promover programas sobre los hábitos bucales parafuncionales y las causas que producen en los niños y niñas de 6 a 10 años del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

Indicarles a los padres de familia sobre la importancia de asistir al odontólogo, periódicamente, para detectar y controlar la instalación temprana de problemas en la salud bucal.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Título de la propuesta.

Educación sobre hábitos bucales parafuncionales a los a los padres de familia y a los niños y niñas de seis a diez años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

1.1.1. Clasificación de la propuesta.

Tipo social de orden educativo.

1.1.2. Periodo de ejecución.

Fecha de inicio: 26 de junio de 2015.

Fecha de finalización: 29 de junio de 2015.

1.1.3. Ubicación sectorial y física.

El Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, se encuentra ubicada en la Ciudadela San Gregorio, Calle León Febres Cordero y 2da. Transversal de la ciudad de Portoviejo, Provincia de Manabí, República del Ecuador.

1.2. Justificación.

Según los resultados obtenidos en la investigación de campo a los niños y niñas desde 6 hasta 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, mediante la ficha de observación permitieron determinar que 88 escolares presentaron

hábitos bucales parafuncionales, de los cuales el hábito bucal parafuncional más frecuente, fue el hábitos de morder objetos, dicho hábito tuvo mayor prevalencia en el sexo femenino, presentando predominio en el grupo de escolares de seis a ocho años de edad.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, los resultados obtenidos permitieron ejecutar la propuesta. Esta propuesta fue viable porque proporcionó la información adecuada a padres de familia y a los alumnos observados durante la investigación.

1.3. Marco institucional.

La historia de la escuela Azafata Soledad Rosero, se remonta en la época en que un grupo de familiares deseosos de tener en donde construir una vivienda, tomaron en invasión estos terrenos el 12 de abril de 1979. Con la necesidad de contar con un centro de educación, estos moradores decidieron crear una escuela particular con la finalidad de que sus hijos tuvieran donde educarse. Estas comenzaron a funcionar con profesores voluntarios el Sr. Iván Cedeño, Narciza Valarezo, entre otros: así estuvo por espacio de 2 años, que en 1981, hicieron las gestiones ante la Dirección de Educación, la UNE Provincial y otros organismos para que se fiscalice el plantel.

Fue el 5 de junio de 1981, siendo el Director Provincial de Educación de Manabí el Dr. Salomón Doumet, quien vio en compañía de varios funcionarios de la Dirección de educación y acompañados por el 1er Prof. Fiscal que tendría el plantel el profesor Marco Avellán Intriago, el cual le entrego el respectivo acuerdo de la fiscalización del plantel ante la presencia de los moradores de la comunidad, luego llegaron otros profesores. Cabe destacar que la escuela en sus inicios funcionó en un galpón de caña,

careciendo del mobiliario adecuado para el aprendizaje de los educandos. El nombre de la escuela se pregona en homenaje a la Azafata María Soledad Rosero Zapata, quien perdió la vida en un accidente aviatorio junto con el entonces Presidente de la Republica Ab. Jaime Roldós Aguilera.

1.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Educar a los padres de familia, y estudiantes desde 6 hasta 10 años de edad, del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, sobre los hábitos bucales parafuncionales y las causas que producen.

6.4.2. Objetivos específicos.

Promover la importancia de prevención sobre los hábitos bucales parafuncionales.

Concientizar con los padres de familia para que acudan con sus hijos a citas odontológicas periódicas.

1.5. Descripción de la propuesta.

La presente propuesta es de tipo social educativo, dirigida a los padres de familia y a los infantes desde 6 hasta 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, realizando charlas educativas sobre hábitos bucales parafuncionales, utilizando materiales didácticos e inculcando a los padres de familia medidas preventivas que ayuden a mejorar el estado bucal de sus hijos.

1.6. Beneficiarios.

Los beneficiarios directos fueron los escolares desde los 6 hasta los 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, y los beneficiarios indirectos fueron los padres de familia de dichos niños.

1.7. Diseño metodológico.

Para la ejecución de la propuesta se contó con el apoyo de las autoridades del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Para que se pudiera cumplir dicha propuesta se realizaron las siguientes actividades:

Primera fase:

Elaboración de un cronograma de trabajo para la ejecución de la propuesta.

Elaboración del material educativo para brindar la información necesaria a la población de estudio..

Segunda fase

Ejecución de charlas, entrega de trípticos a los padres de familia y gigantografía al plantel educativo.

1.8. Sostenibilidad.

Esta propuesta es sostenible, ya que se contó con el apoyo del Director y los docentes del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero, los cuales se comprometieron a seguir difundiendo charlas sobre la prevención de hábitos bucales parafuncionales, para de esta manera evitar la aparición de problemas en la salud bucal de los niños y niñas que ellos educan, del mismo modo se contó con el apoyo de los padres de familia de dichos estudiantes. Ver anexo 6, p. 79.

1.9. Cronograma de la propuesta.

Cuadro 12.

| Cronograma de la propuesta. | Junio | | | |
|--|-------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Socialización de la propuesta con el director del Centro de educación básica Azafata Soledad Rosero. | | | | |
| Charlas y entrega del material didáctico a los niños y niñas de 6 a 10 años y a los padres de familia. | | | | |

Nota: cronograma de propuesta de tesis. *Realizado por:* autora de tesis. Cap. VI, p.70.

6.10. Recursos.

6.10.1. Humanos.

Investigadora.

Niños y niñas desde 6 hasta 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero.

Padres de familia.

6.10.2. Técnicos.

Diapositivas.

Trípticos. Ver anexo 7, p. 80.

6.10.3. Materiales.

Hojas, textos, copias, fotos, trípticos.

Gigantografía.

6.10.4. Financiero.

La propuesta tiene un valor de \$27,72 y fue financiada por la autora de la investigación.

Presupuesto.

Cuadro 13.

| Rubros | Cantidad | Unidad de medida | Costo unitario | Costo total | Financiamiento |
|--------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Gigantografía | 1 | Unidad | \$14,00 | \$14,00 | Autogestión |
| Trípticos | 187 | Unidad | \$0,06 | \$11.22 | Autogestión |
| Subtotal | | | | \$25.22 | Autogestión |
| Imprevistos 10% | | | | \$ 2,52 | |
| Total. | | | | \$27,74 | |

Nota: presupuesto de la propuesta de tesis. *Realizado por:* autora de tesis. Cap. VI, p. 71.

Anexos:

Anexo 1.

Cuadro 14.

| | | DECIMO OCTAVA PROMOCION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|-------------------------|---|-----|---|---|-----|---|---|-------|---|---|------|-----|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|--------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ACTIVIDADES | 2014 | | | | | | | | | | | | 2015 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | sep | | | nov | | | dic | | | enero | | | | feb | | | | marzo | | | | abril | | | | mayo | | | | jun | | | | jul | | | | agosto | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | | |
| ELABORACION DE PROYECTO | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESENTACION DE PROYECTOS | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APROBACION DE PROYECTOS | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANALISIS E INTERPRETACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELABORACION DE CONCLUSIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELABORACION DE PROPUESTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REDACCION DEL BORRADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REVISION DEL BORRADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESENTACION DE INFORME FINAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nota: Cronograma de tesis. Fuente: Universidad San Gregorio De Portoviejo Carrera De Odontología. Anexo 1, p. 73.

Anexo 2.

Cuadro 15.

| Variable | Tipo | Escala | Descripción | Indicador |
|---|---------------------------------------|--|--|--------------------------|
| Edad | Cuantitativa Nominal politómica | 6-8 9-10 | Edad cronológica, según años cumplidos. | Frecuencia porcentaje |
| Sexo | Cualitativa Nominal Dicotómica | Masculino Femenino | Característica que determina el genero | Frecuencia porcentaje |
| Hábitos bucales parafuncionales | Cualitativa Nominal Politómica | -Succión digital -Onicofagia -Respirador bucal -Hábitos de morder objetos (lápices, plumas, borradores) | Mediante la ficha de observación | Frecuencia Porcentaje |
| Características de los hábitos bucales parafuncionales | Cualitativa Nominal Politómica | -Succión digital -Onicofagia -Respirador bucal -Hábitos de morder objetos (lápices, plumas, borradores) | Mediante la ficha de observación | Frecuencia Porcentaje |

Nota: matriz de operacionalización de las variables. *Realizado por:* Autora de tesis. Anexo 2, p. 74.

Anexo 3.



Carrera de Odontología

Matriz de Observación

Tema: Hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero

EDAD: _____ **SEXO:** M () F ()

HÁBITOS BUCALES PARAFUNCIONALES:

Ningún habito bucal parafuncional.

Succión digital.

Presenta

No presenta

Características clínicas del hábito de succión

-Mordida abierta anterior.

-Mordida cruzada posterior.

-Protrusión de incisivos superiores.

-Retroinclinación de los incisivos inferiores.

-Callosidades en el dorso del dedo que succiona,
dedos enrojecidos y limpios.

Onicofagia

Presenta

No presenta

Características clínicas de la onicofagia

-Astillamiento en los dientes, incisivos centrales superiores.

-Uñas cortas e irregulares

-Malposición dentaria

Anexo 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este consentimiento informado será realizado a usted con motivo de comunicarle sobre el objetivo de la investigación que se va a realizar, el cual lo realizará la Srta. **ANGIE ESTEFANIA SOLORZANO MARCILLO** estudiante de la carrera de odontología de la **UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO** con el siguiente tema: Hábitos bucales parafuncionales en los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. La investigación constará de:

- Examen de la cavidad bucal de su hijo(a)
- Examen de los dedos de las manos
- Examen de las uñas de las manos
- Revisión de ciertos objetos como plumas, lápices, borradores entre otros.

Agradecemos su colaboración, si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite.

Usted es libre de aceptar o rechazar la participación de su hijo en esta investigación.

Habiendo entendido los términos y objetivos de la investigación;

Yo _____ de C.I.: _____ permito que mi hijo(a) sea parte del estudio.

FIRMA DEL REPRESENTANTE

Angie Solórzano Marcillo
FIRMA DEL INVESTIGADOR

Anexo 5.

Cuadro 16.

| Nombre de rubos. | Cantidad. | Unidad de medida. | Precio unitario. | Precio total. |
|------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|
| Caja de mascarillas. | 3 | cajas | \$ 3.50 | \$ 10.50 |
| Caja de guantes. | 3 | cajas | \$ 9.00 | \$ 27.00 |
| Exploradores bucales. | 20 | unidad | \$ 1.50 | \$30.00 |
| Espejos bucales. | 20 | unidad | \$ 1.50 | \$ 30.00 |
| Movilización. | | | | \$ 100.00 |
| Subtotal. | | | | \$ 197.50 |
| Imprevistos10% | | | | \$ 19.75 |
| Total. | | | | \$217.25 |

Nota: presupuesto. *Realizado por:* Autora de tesis. Anexo 5, p. 78.

Anexo 6.

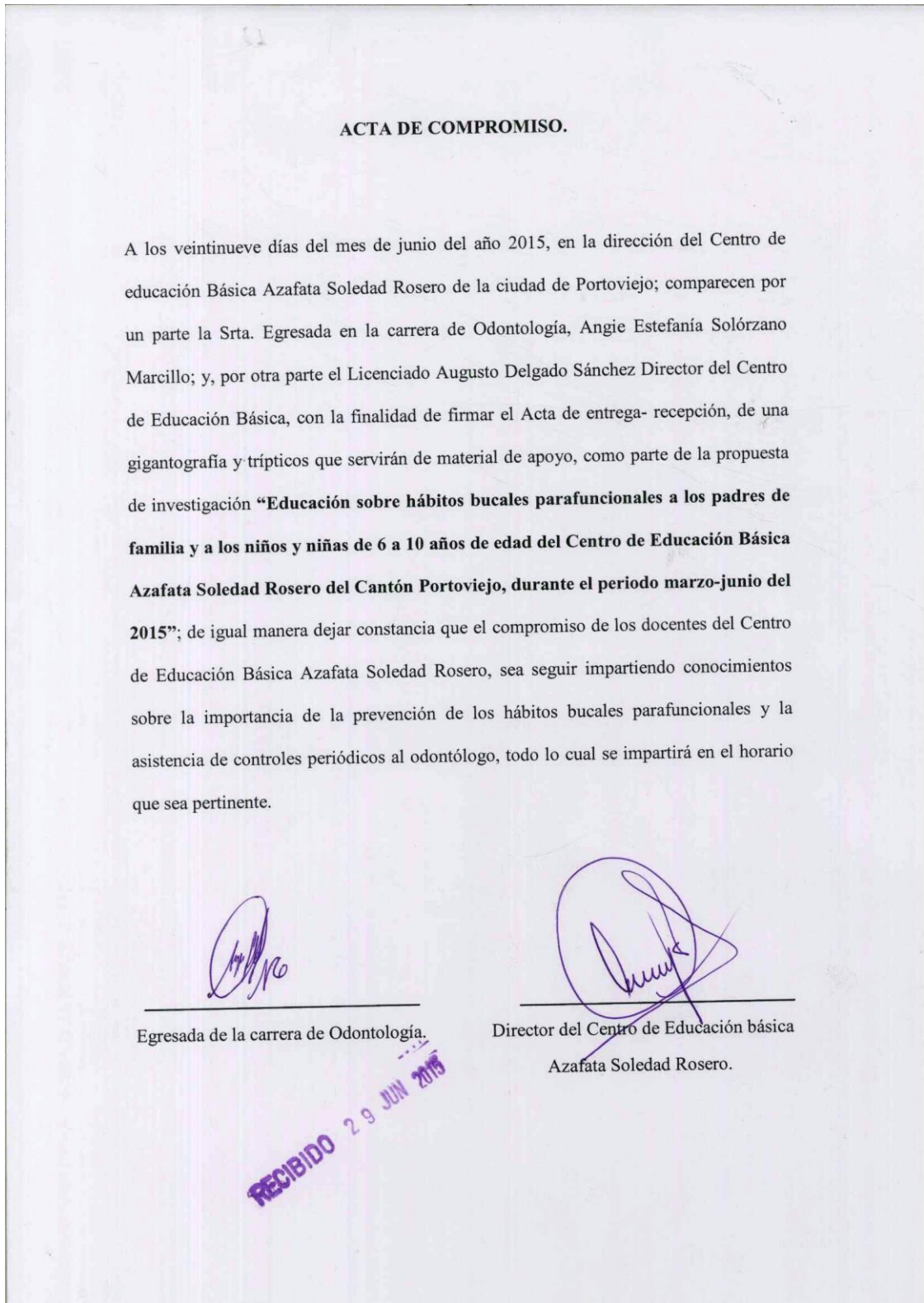


Gráfico N°.12. Acta de compromiso. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 6, p. 79.

Anexo 7.

Consecuencias de la onicofagia

En los dientes: pueden presentar desgaste y cambios en su posición

En las uñas: el continuo mordisqueo heridas alrededor de la uña, que hace que el dedo se inflame y duela y que no crezca la uña



Tratamiento de la onicofagia

- Odontológico
- Aparatología
- Tratamiento psicológico
- Tratamiento dermatológico



Hábitos de morder objetos

La necesidad de morder es inherente, una vez que los primeros dientes deciduos establecen oclusión y permiten función. Cuando este impulso natural de morder no sea atendido, se producirá la búsqueda para satisfacerlo



Factores que originan el hábito de morder

- Experimentación
- Frustración
- Impotencia
- Estrés, ansiedad



**UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO**

**HÁBITOS BUCALES
PARAFUNCIONALES**



**UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO**

**RESPONSABLE:
ANGIE SOLÓRZANO**

**UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO**

Hábitos parafuncionales

Patrones de contracción muscular anormal, contracción muscular anormal de naturaleza compleja que se aprenden, y terminan por hacerse inconscientes e involuntarios y se ejecutan en forma en forma mecánica



Succión digital

La succión digital es uno de los hábitos bucales más comunes de los niños. Se genera como una forma de satisfacer una necesidad en el niño, otorgándole seguridad y una rica sensación de con-



Tipos de hábitos de succión

- Succión del pulgar
- Succión del dedo índice
- Succión del dedo índice y medio
- Succión del dedo medio y anular



Tratamiento de la succión digital

- Explicar al niño con palabras acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito
- Aparatología removible o fija

Hábito de respiración bucal

Es definida como una respiración más frecuente a través de la boca combinando la respiración nasal con la bucal, en diferentes grados



Tratamiento Odontológico

- Ortodoncista
- Tratamiento en niños rol interceptivo
- Expansión de maxila



Onicofagia

La onicofagia o mordisqueo de uñas es un hábito patológico muy extendido en infancia y edad juvenil que influye negativamente en estética dental y bucal. Ocasiona desgaste y anti-llamamiento prematuro de los incisivos centrales superiores



Gráfico N°.13. Tríptico realizado para las charlas educativas a los niños y padres de familia del Centro de educación básica Azafata Soledad Rosero. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 7, p. 80.

Anexo 8.



Gráfico N°.14. Examinando a los niños y niñas de 6 a 10 años de edad del centro de educación Básica Azafata Soledad Rosero. Fuente: fotografía realizada por auxiliar de tutora de esta tesis.



Gráfico N°.15. Examinando las uñas de los niños para comprobar si existe el hábito de onicofagia. Fuente: fotografía realizada por auxiliar de autora de esta tesis.



Gráfico N°. 16. Niño examinado que presento mordida abierta anterior debido al hábito de succión digital.
Fuente: Autora de esta tesis.



Gráfico N°.17. Niña que presentó a la examinación uñas cortas e irregulares. *Fuente:* Autora de esta tesis.



Gráfico N°. 18. Niño que presentó a la examinación características del respirador bucal. *Fuente:* Autora de esta tesis.



Gráfico N°.19. Niña que presentó en la examinación de su lápiz, señales de morder dicho elemento. *Fuente:* Autora de esta tesis



Gráfico N°.20. Grupo de madres de familia que asistieron a la charla educativa sobre hábitos bucales parafuncionales. Fuente: Fotografía Realizada por la autora de esta tesis.



Gráfico N°.21. Grupo de alumnos que recibieron la charla educativa sobre hábitos bucales parafuncionales. Fuente: Fotografía tomada por auxiliar de autora de esta tesis.



Gráfico N°.22. Gigantografía entregada al director del Centro de Educación Básica Azafata Soledad Rosero. Fuente: Fotografía tomada por auxiliar de autora de esta tesis.

BIBLIOGRAFIA.

Alarcón, A. (2012). Deglución atípica revisión de la literatura. [En línea] Consultado: [26, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp>

Alves, R. Nogueira, E. (2002). *Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares*. Sao Paulo- República Federativa del Brasil: Editora artes médicas Ltda.

Augurto, P. Díaz, R. Cádiz, O. Bobenrieth, F. (1999). *Frecuencia de los malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentofaciales en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago*. [En línea]. Consultado: [03, julio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41061999000600004&script=sci_arttext

Banks, R y Sohin, Y. (2002). *Como tratar los comportamientos de morder en niños pequeños*. [En línea]. Consultado [30, junio, 2015] Disponible en: <http://ecap.crc.illinois.edu/poptopics/biting-sp.html>

Bardoni, N. Escobar, A. Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires- República de Argentina: Editorial medica panamericana.

Barrancos, M., y Barrancos, J. (2006). *Operatoria dental integración clínica*. República de Argentina: Editorial Panamericana.

Barrios, G., Cafesse, R., Jiménez, M., Manton, S., y colaboradores. (2004). *Odontología*. República de Colombia: Editar Ltda.

Behrman, R., Kliegman, R., y Jenson, H. (2008). *Nelson tratado de pediatría*. Reino de España: Elsevier.

Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). *Odontopediatría*. Madrid- Reino de España: Ripano Editorial médica.

Borras, S., García, T., Monleon, C., y Rosell, V. (2011). *Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados*. República federativa del Brasil: Artes digitales Nau Llibres.

Canut, J. (1998). *Ortodoncia Clínica*. Reino de España: Editorial Salvat.

Cardona, J.M. (2006). *Liderazgo y Gestión por 8 Hábitos*. Del miedo a la confianza. Reino de España: Ediciones Díaz de Santos.

Cevallos, I. (2011). *Síndrome del respirador bucal*. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015] Disponible en: <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/02/10/sindrome-del-respirador-bucal/>

Escriván De Saturno, L. (2007). *Ortodoncia en dentición mixta*. República de Colombia: Editorial Amolca.

Ford, G. (2001). *De bebe satisfecho a niño confiado*. Reino de España: Editorial Edaf S.A.

González, A. (2005). *Malos hábitos de la masticación*. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: http://www.diariolibre.com/noticias/2005/12/23/i83359_malos-hbitos-masticacin.html

Guedes, A. Bönecker, M. Delgado, C. (2011). *Odontopediatría*. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora.

Harfin, J., y Ureña, A. (2010). *Ortodoncia lingual: procedimientos y aplicación clínica*. República de Argentina: Editorial medica panamericana.

Hernández, J., Velázquez, R., y colaboradores. (2004). *La evaluación en educación física: Investigación y práctica en el ámbito escolar*. Reino de España: Editorial GRAO, de IRIF, S.L.

Jaramillo, N. (2000). *Algunas costumbres alteran su dentadura (malos hábitos)*. [En línea]. Consultado: [01, junio, 2015]. Disponible en: http://www.contusalud.com/website/folder/sepa_odontologia_malhabitos.htm

Leal, F. (2002). *Plata Rueda: El pediatra eficiente*. Bogotá-República de Colombia: Editorial médica panamericana.

Lugo, C., y Toyo, I. (2011). *Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones*. [En línea] Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

Martínez, E. (s.f). *Salud Bucodental infantil*. [En línea]. Consultado [29, junio, 2015] Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/bruxismo-infantil.shtml>

Martínez, K. (2012). *Succión digital: ¿Qué riesgos tiene y como la detengo?* [En línea]. Consultado [25, mayo, 2015] Disponible en: <http://www.guioteca.com/odontologia/succion-digital-que-riesgos-tiene-y-como-la-detengo/>

Maya, B. (2000). *Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos*. [En línea]. Consultado: [31, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15200/ord04200.htm>

Muller, R. Piñeiro, S. (2014). *Malos hábitos orales: Rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial*. [En línea]. Consultado: [03, junio, 2015] Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

Nahàs, M. (2009). *Odontopediatría en la primera infancia*. Sao Paulo-República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora Ltda.

Nakata M., y Wei S. (1997). *Guía Oclusal en Odontopediatría*. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Narváez, M., Muñoz, Y., Villota, D., y Mafla, A. (2010). *Hábitos orales en niños de 6 a 10 años de la escuela Itsin de San Juan de Pasto*. [En línea]. Consultado: [22, julio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072010000100004&script=sci_arttext

Navas, C. (2012). *Hábitos orales*. [En línea]. Consultado [24, mayo, 2015] Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf.

Palomer, L. (2007). *Efectos del hábito prolongado de succión de chupete o dedo sobre la dentición del niño*. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.fudoc.cl/index.php/educacion-medica/biblioteca-2013/446-scc>

Pipa, A., Cuerpo, P., López. E., Gonzales, M., Pipa, I., y Acevedo, A. (2011). *Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños*

de 3 a 9 años en Ferrol. [En línea]. Consultado: [31, mayo, 2015]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n3/original3.pdf>

Pires M. (2009). *Odontopediatría en la Primera Infancia*. Sao Paulo-República Federativa del Brasil: Editora Santos.

Posada, A., Gómez, J., Ramírez, H., (2005). *El niño sano*. República de Colombia: Editorial medica panamericana.

Proffit, W., Fields, H., y Sarver, D. (2013). *Ortodoncia Contemporánea*. Reino de España: Editorial Elseiver.

Quirós, O., Et al. (2003). *Ortodoncia Nueva Generación*. República Bolivariana de Venezuela. Editorial Amolca.

Rakosi, T., y Jonas, I. (1992). *Atlas de ortopedia maxilar: Diagnóstico*. Reino de España: Ediciones científicas y técnicas S.A.

Redacción Onmeda. (2014). Bruxismo. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: <http://www.onmeda.es/enfermedades/bruxismo.html>

Reyes, D., Panque, M., Almeida, Y., Quesada, L., Escalona, D., y 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: [21, julio, 2015] Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5927>

Rodríguez, E., Casasa, R., y Natera, A. (2007). *1.001 Tips en ortodoncia y sus secretos*. República de Colombia: Amolca.

Romero, M., Romero, P., Pardo de Miguel, A., y Sáez, M. (2004). *Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta*. Consultado: [31, mayo, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n1/clinico1.PDF>

Sano, S., Strazzeri, M., Rodrigues, G., y Duarte, D. (2004). *Ortodoncia en la dentición decidua; diagnostico, plan de tratamiento y control*. República Federativa del Brasil: Editorial Amolca.

Suarez, E. Salas, W. Villalobos, G. Villalobos, K y Quirós, O. (2012). *Estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población Añu de la escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia*. [En línea]. Consultado [01, junio, 2015] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>

Universidad virtual de la salud Manuel Fajardo. (2014). *Hábitos deformantes del complejo maxilofacial y sus manifestaciones clínicas*. [En línea]. Consultado: [01, junio, 2015] Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/34-habitos-deformantes-del-complejo-dentomaxilofacial-y-sus-manifestaciones-clinicas>

Urrieta, E. López, I. Quirós, O. Farias, M. Rondón, S y Lerner H. (2008). *Hábitos bucales y Maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el Diplomado de Ortodoncia Interceptiva U.G.M.A. Año 2006-2007*. [En línea]. Consultado: [24, junio, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>

Ustrell, J. (2011). *Manual de ortodoncia*. Reino de España: Publicacions Edicions de la Universitat de Barcelona.

Villafranca, F., Et al., (2006). *Higienistas dentales*. Reino de España: Editorial Mad,
S.L.