



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**TESINA DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TÍTULO

**HÁBITOS PERNICIOSOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA
FRECUENCIA DE MALA OCLUSIÓN EN LOS
ESTUDIANTES DE LOS SEXTOS Y SÉPTIMOS AÑOS DE
LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “GENERAL
CÓRDOVA”, EN EL PERIODO JULIO 2013 A DICIEMBRE
2013.**

AUTOR

CHRISTIAN ANDRÉS ORTEGA CHAPI

TUTOR

DR. EDUARDO PAZMIÑO R.

RIOBAMBA - ECUADOR

MARZO – 2014

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Riobamba, 06 de marzo de 2014

El tribunal de defensa privada conformada por el Dr. Eduardo Dillon C, Presidente del tribunal, Dr. Eduardo Pazmiño R, miembro del tribunal y el Dr. César Rodríguez, miembro del tribunal; certificamos que el señor **Christian Andrés Ortega Chapí**, con cedula de identidad N° 0401592951, egresado de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional del Chimborazo (UNACH), se encuentra apto para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previa a la obtención del título de Odontólogo con el tema de investigación: **"HÁBITOS PERNICIOSOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA FRECUENCIA DE MALA OCLUSIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LOS SEXTOS Y SÉPTIMOS AÑOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "GENERAL CÓRDOVA", EN EL PERIODO JULIO 2013 A DICIEMBRE 2013"**

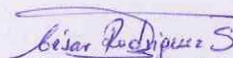
Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.



Dr. Eduardo Dillon C.
Presidente del tribunal



Dr. Eduardo Pazmiño R
Miembro del tribunal



Dr. César Rodríguez
Miembro del tribunal

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentado por el señor. **CHRISTIAN ANDRÉS ORTEGA CHAPI**, para optar por el título de **Odontólogo**, y que aceptó asesorar al estudiante en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 9 de Julio de 2013



Dr. Eduardo Pazmiño R.

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, **Christian Andrés Ortega Chapi**, soy

responsable de todo el contenido
de este trabajo investigativo, los
derechos de autoría pertenecen a la
Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

A mis padres por guiarme y apoyarme en cada paso de mi vida, a mi esposa por su amor incondicional, a mi hija que es la razón de mi vida y a toda mi familia por sus palabras de aliento.

AGRADECIMIENTO

A Dios por su compañía, guía y amor en cada paso de mi vida, a mi familia por su apoyo incondicional y aliento en los momentos difíciles, a mi tutor por su ayuda constante en mi realización profesional y a mis maestros por impartirme sus sabios conocimientos.

RESUMEN

Los hábitos perniciosos es toda característica y circunstancia anómala determinada, ligada a una persona, de la cual se sabe que está asociada con un riesgo de enfermedad, de la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a tal proceso. Son aquellas características y atributos que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas en la prevención individual así como en grupos poblacionales. Para determinar si estas dos entidades tienen una relación, se realizó un estudio comparativo entre los hábitos perniciosos y su asociación con la mal oclusión. Para lo cual se realizó un estudio con una muestra de 128 alumnos a los cuales se les realizaron una encuesta, observación y se determinó su oclusión molar. Los resultados obtenidos en cuanto a los hábitos perniciosos y su asociación con la mal oclusión, fueron similares comparados con los estudios previos, en donde los hábitos perniciosos que existe en una alta prevalencia son la masticación de objetos como principal habito, así como también la respiración bucal seguido de la succión digital y por último la onicofagia. En relación a las mal oclusiones, encontramos que las maloclusiones que se presentan con mayor frecuencia son apiñamiento en 25 casos (53%) de las mal oclusiones, over jet en 7 (15%), en la mordida cruzada se obtuvo 6 casos (13%), en cuanto al over bite se obtuvo 5 (11%), la mordida abierta en 4 (8%) que conlleva a pensar en la relación directa que existe entre la mal oclusión y con los hábitos perniciosos.



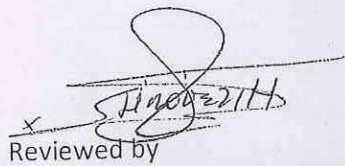
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

The pernicious habits is any particular characteristic and unusual circumstances, concomitant to a person, which is known to be associated with disease risk , the disease process evolution possibility or special exposure to such a process. Are those characteristics and attributes that appear variously associated with the disease or event studied, they are not essentially the cause (or etiology necessary), just happens to be associated with the event. As create a measurable probability, have analytical value and can be used with advantage in the individual prevention as well as population groups.

To determine whether these two entities have a relationship, a comparative study of the risky habits and their association with malocclusion was performed. For this purpose a study with a sample of 128 students to which they conducted a survey, observation and determined molar occlusion was performed. The obtained results with respect to the pernicious habits and their association with malocclusion were similar associated with previous studies, where the harmful habits that there is a high incidence of chewing habit as the main objects , as well as oral breathing followed by thumb extracting and nail biting last .

In relation to malocclusions, these occur most often are crowding in 25 cases (53 %) of malocclusions , over jet in 7 (15 %) in the cross-bite 6 cases was obtained (13 %) , as the bite was obtained over 5 (11 %) , open bite in 4 (8%) leading to think about the direct relationship between malocclusion and the pernicious habits.



Reviewed by
Dra. Sonia Marcela Suarez Cabrera
English teacher
Mach, 6th, 2014



ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
DERECHO DE AUTORÍA	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1.- PROBLEMATIZACIÓN.	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 OBJETIVOS.....	5
1.4 JUSTIFICACIÓN:	5
CAPÍTULO II.....	9
2. MARCO TEÓRICO.	9
2. 1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL:.....	9
2. 2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	10
2.3. DEFINICIONES DE TERMINOS BÁSICOS.....	31
2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	33
2.5: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
CAPITULO III	35
3. MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1 MÉTODO.....	35
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	37
.....	37
3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	37
3.8 REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	38
3.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	39
3.10 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	39
CAPITULO IV	40
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	40
4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS	50
CAPITULO V	54
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
5.1 CONCLUSIONES	54
5.2 RECOMENDACIONES	54

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	
Total de alumnos de la escuela de educación básica “General Córdova”	40
Tabla 2.	
Total de alumnos de los sextos y séptimos años.	41
Tabla 3.	
Total de alumnos de los sextos años de la escuela.	42
Tabla 4.	
Total de alumnos de los séptimos años de la escuela.	43
Tabla 5.	
Mal oclusión según Angle.	44
Tabla 6.	
Mal oclusión (según Angle) en los alumnos de sextos y séptimos años según el género. ..	45
Tabla 7.	
Hábitos perniciosos en los alumnos de sextos y séptimos años	46
Tabla 8.	
Hábitos perniciosos en los alumnos según su género.	47
Tabla 9.	
Tipo de mal oclusión	48
Tabla 10.	
Mal oclusión en los alumnos, según el género	49

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1.10

Esquema del habito pernicioso.....10

Grafico 2.11

Niña con succión digital.....11

Grafico 3.14

Tiempos o fases de la deglución normal.....14

Grafico 4.20

Bebe realizando succión de la leche materna20

Grafico 5.21

Posición intraoral del dedo durante la succión digital.....21

Grafico 6.25

Respiración normal.....25

Grafico 7.27

Niño con respiración bucal.....27

Grafico 8.28

Articulación Temporomandibular (ATM).....28

Grafico 9.29

Clase I, Angle.....29

Grafico 10.29

Clase II, Angle.....29

Grafico 11.30

Clase III, Angle.....30

Grafico 1.1	
Total de alumnos de la escuela de educación básica “General Córdova”.....	39
Grafico 2.1	
Total de alumnos de los sextos y séptimos años.....	40
Grafico 3.1	
Total de alumnos de los sextos años de la escuela.....	41
Grafico 4.1	
Total de alumnos de los séptimos años de la escuela.....	42
Grafico 5.1	
Mal oclusión según Angle.....	43
Grafico 6.1	
Mal oclusión en los alumnos de sextos y séptimos años según el género.....	44
Grafico 7.1	
Hábitos perniciosos en los alumnos de sextos y séptimos años.....	45
Grafico 8.1	
Hábitos perniciosos en los alumnos según su género.....	46
Grafico 9.1	
Tipo de mal oclusión.....	47
Grafico 10.1	
Mal oclusión en los alumnos, según el género.....	48

INTRODUCCIÓN

El hábito pernicioso es toda característica y circunstancia anómala determinada, ligada a una persona, de la cual se sabe que está asociada con un riesgo de enfermedad, de la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a tal proceso. Son aquellas características y atributos que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas, solo sucede que están asociadas con el evento.

Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas en la prevención individual así como en grupos poblacionales. Los hábitos perniciosos no actúan de forma aislada, sino en conjunto, interrelacionadamente, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su nocivo efecto para la salud. Tener el hábito pernicioso no implica que se está enfermo, pero sí tener más susceptibilidad y aumentar la probabilidad de enfermarse.

Las alteraciones de la oclusión dentaria están relacionadas estrechamente con algunos hábitos perniciosos, esto se puede apreciar tempranamente desde la dentición temporal, su importancia radica en identificar cuáles de ellos actúan con mayor posibilidad de alterar las condiciones morfo funcionales adecuadas, presentes en la dentición en desarrollo.

La mal oclusión según la Organización Mundial de la Salud ocupa el tercer lugar como problema de salud bucal debido a su alta prevalencia e incidencia. Ésta debe ser diagnosticada de forma precoz y eficaz con la finalidad de interceptar su desarrollo antes de que se convierta en un problema más grave.

Mediante la observación realizada a los alumnos de los sextos y séptimos años de la Escuela De Educación Básica “General Córdova” se pretende realizar una investigación acerca los hábitos perniciosos, para lo cual se realizó una anamnesis y diagnostico en los alumnos y de este modo motivar a los profesionales de la estomatología en la importancia

de la eliminación temprana de los hábitos perniciosos presentes en la población y su nefasta acción sobre la oclusión dentaria permanente eliminándolos o atenuando sus consecuencias.

CAPÍTULO I

1.- PROBLEMATIZACIÓN.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La oclusión se refiere a la manera en la que los dientes maxilares y mandibulares se contactan, tanto en una mordida típica, como en una gran variedad de contactos entre los dientes durante la masticación, deglución, presión con fuerza o hábitos de trituración y otros movimientos normales de la mandíbula. La relación de la oclusión ideal de los dientes cambia con la etapa de la formación dental y se consideran cuatro etapas: 1) Preprimaria, desde el nacimiento hasta que se completa la dentición primaria, alrededor de los tres años; 2) Dentición primaria presente y en esencia sin cambios desde los tres hasta los seis años; 3) Dentición mixta, desde la erupción del primer diente permanente a los seis años hasta la caída y sustitución de todos los dientes temporales, a los 12 o 13 años y 4) Dentición permanente, que ya está presente por lo general de los 12 a 14 años. La dentición mixta (transicional) es la fase de formación dental en la que existen dientes primarios y permanentes en la boca. Comienza alrededor de los 5½ años a 6½ años con la salida de los incisivos centrales de la mandíbula o con la erupción de los primeros molares permanentes. Por lo general termina a los 12 o 13 años con salida de los segundos molares permanentes o los segundos premolares permanentes en cada arco.

Desde el punto de vista ideal, durante la dentición mixta o de transición hasta la dentición permanente, ocurre una secuencia de hechos de manera ordenada y regulada en el tiempo. Estos sucesos dan como resultado una oclusión funcional, estética y estable. Sin embargo, cuando la secuencia se altera surgen problemas que pueden afectar el estado final de la oclusión en la dentición permanente. Existen diversos problemas en la dentición en desarrollo que se encuentran a menudo y usualmente requieren corrección, estos son:

mordidas cruzadas anterior y posterior, erupción ectópica de molares permanentes, sobre mordida vertical, mordida abierta, apiñamiento por pérdida de espacios.

La oclusión se puede ver afectada por presencia de hábitos orales perniciosos que generalmente se presentan desde los tres hasta los doce años de edad, diversos autores sugieren que existe una relación entre prevalencia de maloclusiones con algún tipo de hábito, así mismo señalan que mientras la duración del hábito aumenta, también aumenta la probabilidad de desarrollar mal oclusión. Independientemente de la etiología del hábito, el crecimiento y desarrollo de maxilares puede ser afectado por la succión de un dedo o chupón, lo que puede causar mordida abierta anterior, incisivos maxilares protruidos e intruidos, alargamiento del arco maxilar y desplazamiento anterior de la maxila y colapso de la maxila en la región posterior con presencia de mordida cruzada.

Debido a la gran variabilidad de la secuencia de la erupción y a las diferentes oclusiones que aparecen después de la erupción de cada diente, la dentición mixta es la más difícil de catalogar como normal o anormal.

En la práctica clínica normalmente se atienden pacientes de diferentes edades, en odontología es muy importante ya que a edades menores se pueden interceptar y corregir maloclusiones y guiar el crecimiento de los huesos faciales que después del desarrollo de un individuo el tratamiento es mucho más complejo, por lo que un adecuado diagnóstico sumado a un buen examen clínico son de suma importancia para poder detectar desviaciones fuera de lo normal, por lo que esta investigación se orienta en este sentido.

Estudios epidemiológicos indican que el 60% o más de sujetos tienen mal oclusión que podría mejorarse con tratamiento. Por tal motivo, el propósito del presente estudio es describir los hábitos orales perniciosos y su asociación con la mala oclusión en una población de estudiantes de la Escuela De Educación Básica “General Córdova”, de tal manera que los resultados permitan establecer medidas preventivas en cuanto a los hábitos

y diagnóstico temprano de maloclusiones, para que de esta manera se implementen tratamientos interceptivos de mal oclusión.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los hábitos perniciosos que se asocian con la frecuencia de mala oclusión en los estudiantes de los sextos y séptimos años de la Escuela De Educación Básica “General Córdova”, en el periodo Julio 2013 a Diciembre 2013?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Establecer los principales hábitos perniciosos encontrados en los estudiantes de la Escuela De Educación Básica “General Córdova”

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar una observación clínica para saber la existencia de malos hábitos orales en los estudiantes.
- Identificar el tipo de hábito más frecuente en los estudiantes de la escuela General Córdova.
- Determinar una relación de los hábitos perniciosos y mal oclusiones.

1.4 JUSTIFICACIÓN:

Las causas de las anomalías dentomaxilares son múltiples y complejas, los hábitos bucales incorrectos o deformantes son una de las más frecuentes y de los cuales no se ha tomado la atención debida hacia su evaluación y tratamiento, para de este modo evitar los daños posteriores a la salud integral de las personas, todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja, adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un

principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, por lo que las personas ignoran que tienen este hábito, en especial los niños, por lo que no hacen nada para subsanarlo.

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, onicofagia, 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, que con llevan a la pérdida de autoestima con el respectivo aislamiento de las personas que forman su entorno social, que es muy importante para el desarrollo de la comunicación, la interacción social y los lazos de amistad.

Por lo general, estos hábitos comienzan en la niñez lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que ésta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del profesional al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de los hábitos antes mencionados; es importante además, la cooperación de los padres pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo, en ocasiones estos no toman la importancia debida a estos hábitos, y generan una idea de que son transicionales, por lo que no prestan la atención y estos crecen causando patologías más graves en la cavidad oral..

La correcta oclusión dentaria es de gran importancia no solo por la estética sino que tiene primordial trascendencia para la salud integral de las personas, por tal motivo es de vital importancia conocer cuáles son las causas y factores que llevan a la formación de una mal oclusión, razón por lo que se realiza este estudio para observar cuales son los hábitos

principales que tienen o tenía los alumnos de la escuela General Córdova, que dieron la pauta para la presencia de alguna patología y de esta forma poderlo subsanar a tiempo en edades tempranas.

Este tema es de gran importancia en el área odontológica, ya que este problema ocasiona diversas alteraciones en el área del lenguaje, musculatura, dentales, óseas y la estética, la mal oclusión es originada por mala alineación de los dientes, por malos hábitos, o la pérdida prematura de los dientes.

Así, el estudio busca identificar y medir la frecuencia de los malos hábitos a través de la aplicación de técnicas de investigación aceptadas universalmente como: observación directa y el cuestionario lo que garantizará que las mediciones produzcan datos confiables para su generalización al universo de estudio.

Es claro por tanto el requerimiento de una respuesta Científico-Técnica a nivel global, que abarque la promoción, prevención y reparación del problema existente, pero sobre todo se requiere del planteamiento y ejecución de medidas adecuadas que contribuyan para vencer a los factores de estas patologías que muchas veces son excluidas del sector de salud específicamente en nuestro país, pese a que tienen una gran influencia con las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales, ya que no todas las personas están en la capacidad de acceder a tratamientos odontológicos para corregir los problemas causados por estos hábitos que en la actualidad son costosos, los cuales se pudieron evitar a tiempo con un buen diagnóstico, así como también prestando la debida atención al problema, de ahí el hecho de descubrir a tiempo y erradicar estos hábitos anómalos que causan gran daño a las estructuras estomatológicas.

Por tales motivos he decidido realizar esta investigación, para de esta manera ayudar de alguna manera a los alumnos de la escuela "General Córdova", mediante un diagnóstico temprano de sus problemas bucodentales, como lo es los hábitos perniciosos, que en un

futuro les podría ocasionar gran daño en su salud, alertando y concientizando a los padres de este problema para que ayuden a resolverlo y eliminarlo de sus niños. También va dirigido como ayuda a los profesionales de la salud y alumnos para que por medio de este trabajo se concientice acerca de la importancia del diagnóstico, estudio y tratamiento de esta patología, que a pesar de no ser la causa directa es un factor predisponente en la mala oclusión de las personas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2. 1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL:

Actualmente la profesión odontológica se enfrenta a grandes retos ya que los problemas bucodentales siguen siendo de una alta prevalencia a pesar de los esfuerzos a nivel institucional e individual. No es posible satisfacer con éxito la mayor parte de las necesidades bucodentales de la población infantil y adulta, teniendo en cuenta que dichas enfermedades son multifactoriales, sin embargo la identificación y control de algunos factores como los malos hábitos que se forman durante la niñez pueden significar un adelanto en la prevención.

Existen hábitos bucodentales que afectan a la cavidad oral ocasionando las maloclusiones, éstos se dan normalmente durante la etapa de desarrollo dental. La relación de la oclusión ideal de los dientes cambia con la etapa de la formación dental. Generalmente se presentan desde los tres hasta los doce años de edad, y es en esta etapa donde se puede lograr una corrección temprana de todos estos procesos que afectan nocivamente no solo la estética, también se ve afectada la salud integral y emocional de las personas.

En el presente trabajo de investigación se clasifican los hábitos que tienen relación con la formación y desarrollo de maloclusiones.

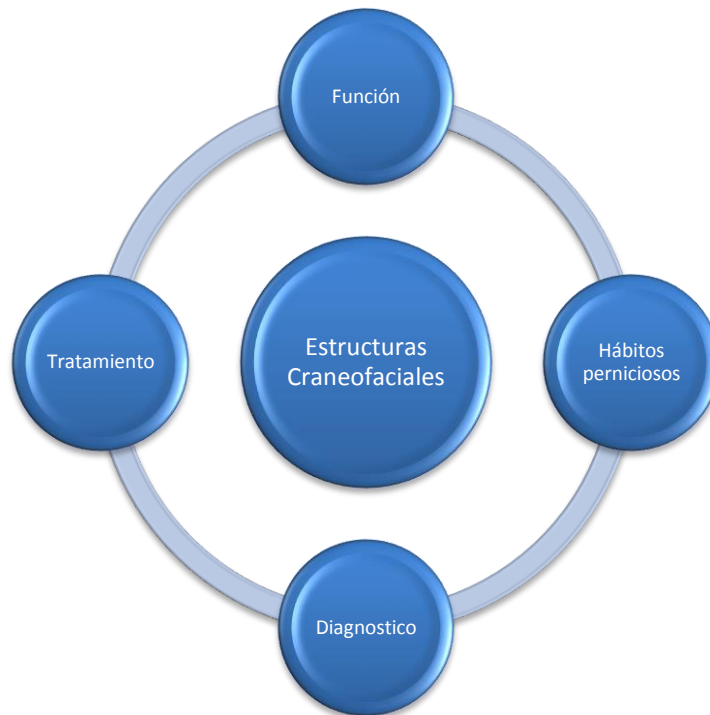


Grafico 1.10 Esquema del hábito pernicioso

2. 2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. CONCEPTO

Para definir como los hábitos bucales en los niños afecta el establecimiento de una oclusión normal, es necesario definir la normalidad. "Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto". Una definición "normal" implica una situación hallada en ausencia de enfermedad. Una oclusión dental adecuada es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y le da a la cara un aspecto uniforme, de ser lo contrario se dice que estamos en presencia de maloclusiones.

Podemos considerar que el complejo maxilofacial se compone de 3 sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal, el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tenemos una

oclusión funcionalmente equilibrada. Los Hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo. La mal oclusión puede presentarse desde la más temprana edad cuando se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal o estomatognático. Sin embargo las maloclusiones pueden aparecer sin que estos existan.

2.2.2. HÁBITOS BUCALES

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos, también no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión del dedo, la respiración bucal y la deglución atípica.



Grafico 2-11 Niña con hábito bucal, succión digital.
Fuente: <http://succiondigital.blogspot.com/>

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

maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años de edad los problemas pueden corregirse espontáneamente.

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional.

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

- a) La edad en que este se 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.

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

- Mordidas abiertas anteriores y o laterales
- Protrusiones dentarias
- Protrusiones dentoalveolares
- Inhibición en la erupción de uno o varios dientes
- Vestíbulo o linguoversiones, etc.

El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, como así también de las características biotipológicas del paciente. En el

estudio clínico resulta muy fácil detectar la relación causa-efecto de un hábito ya que ellos dejan la impronta de su acción; por lo que en la mayoría de los casos, la simple observación de la alteración nos permite deducir el hábito bucal que lo causó. Esto se corrobora fácilmente mediante la anamnesis y el estudio de las funciones orales.

El área de las alteraciones producidas por hábitos en general se limita a la región dentoalveolar. Entre las anomalías que producen se encuentran las mordidas abiertas llamadas funcionales por su origen. Cefalométricamente en estos casos no se observan alteraciones estructurales.

Una Mordida abierta con aumento de la altura facial inferior estará indicando un componente esquelético aunque algunas veces pueda estar asociada a un hábito. En este caso, ésta no es la causa de la mordida abierta, por lo que su eliminación no corregirá totalmente la anomalía.

En cambio las mordidas abiertas funcionales prácticamente se autocorrijen al desaparecer el hábito que las originó.

2.2.2.1 DEGLUCIÓN

Hay que tener en cuenta que la función más importante del sistema estomatognático es la masticación de los alimentos. Este sistema también tiene como función secundaria la deglución, que es una acción motora automática en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. Está definida como el tránsito del bolo alimenticio o la saliva desde la cavidad bucal al estómago. En condiciones normales, la deglución se produce sin contracción de las musculaturas mímicas: Los dientes se encuentran en contacto y la masa lingual permanece dentro de la cavidad oral.



Grafico 3-14 Tiempos o fases de la deglución normal.

Fuente: <http://www.eruditos.net/mediawiki/index.php?title=Degluci%C3%B3n>

Se denomina "deglución infantil" a la que existe desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años de edad aunque puede llegar a extenderse hasta los 5 años.

2.2.2.1.1 Deglución infantil Se distinguen dos fases principales:

- Fase oral o voluntaria
- Fase faríngea o involuntaria o refleja.

La primera se caracteriza por:

- Detención de la respiración.
- Cierre labial.
- Relajación de la musculatura perioral.
- Contracción de los músculos maseteros y temporales que colocan a los dientes superiores e inferiores en contacto.
- Movimiento peristáltico lingual que se inicia en la punta de la lengua, la cual está en contacto con el paladar duro detrás de los incisivos y llega hasta su base.
- Elevación del velo del paladar.
- Ascenso del hioides.

Cuando el bolo alimenticio pasa los pilares anteriores del velo del paladar, comienza la segunda fase, faríngea o refleja, que conduce este bolo o saliva hasta el esófago, mediante la continuación de la onda peristáltica.

La deglución infantil típica del niño antes de la erupción dentaria, se caracteriza por:

- Los maxilares se separan.
- Con la lengua interpuesta entre ellos, el movimiento es guiado por un intercambio sensorial entre los labios, la lengua y la musculatura perioral.
- La mandíbula se fija y se proyecta hacia delante, de tal forma que la lengua puede presionar el pezón contra la arcada dentaria superior durante el amamantamiento

El cambio al patrón de deglución adulta se va estableciendo gradualmente debido a la aparición de la dentición, al menor tamaño proporcional de la lengua con respecto a la cavidad bucal (dado que crece mucho menos que las dimensiones generales orofaciales), a la maduración neuromuscular y al cambio en la alimentación al comenzar la ingestión de alimentos sólidos.

La deglución atípica, llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil luego de la erupción de los dientes anteriores. En ocasiones, se puede afirmar también, que la deglución atípica se trata de un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior.

La persistencia de la deglución infantil puede ocasionar distintos trastornos tales como atresia maxilar, interposición lingual y respiración oral.

2.2.2.1.2 Etiología:

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

- La alimentación artificial por medio del biberón.
- Amígdalas inflamadas: Amigdalitis constantes hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.

- Desequilibrio del control nervioso: Por lo general en niños, que por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora, en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.
- Macroglosia: Son pocos frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de cretinismo.
- Pérdida temprana de los dientes temporales anteriores y presencia de un diastema interincisal grande, hacen que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.
- Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, etc. Existen estadios de transición entre la dentición primaria y mixta, en los que debido a la pérdida del grupo incisivo se produce un espacio que permite temporalmente la interposición lingual. Tienen una duración muy breve, no producen efectos adversos y no requieren tratamiento.

2.2.2.1.3 Efectos bucales de la deglución atípica:

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

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

2.2.2.1.4 Diagnóstico

Para diagnosticar una deglución atípica, deben observarse algunos aspectos en paciente durante el acto de la deglución, tales como:

- Posición atípica de la lengua
- Falta de contracción de los maseteros
- Participación de la musculatura perioral con presión del labio y movimiento con la cabeza
- Tamaño y tonicidad de la lengua
- Babeo nocturno dificultad de ingerir alimentos sólidos
- Alteración en la fonación. Dificultad para pronunciar los fonemas D, T, S, H, y Y. El sellado fonético del labio inferior con los bordes incisales es importante para los sonidos de la F y V. Los bordes incisales de los dientes anteriores también son importantes para los sonidos de la S y puede ocurrir un "seseo" o pronunciación imperfecta de la S por sustitución interdental de la lengua.
- Acumular saliva al hablar.

La deglución es un mecanismo que se repite entre 800 y 1.000 veces por día generando fuerzas suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares, sin llegar a ser responsables de alteraciones esqueléticas. Con el aumento de la protrusión de los incisivos y a la creación de una mordida abierta anterior, aumenta aún más la actividad de la musculatura perioral, que debe compensar la falta de cierre bucal.

En el examen clínico, la deglución infantil se detecta fácilmente porque el paciente realiza una mueca característica que consiste en una contracción labial en el momento de deglutir y además por la mordida abierta anterior que acompaña a esta disfunción, características de la Deglución atípica con interposición lingual (adaptado por Moyers)

a) Deglución con interposición lingual simple:

- Se caracteriza por la contracción de los labios, músculos mentonianos y elevadores de la mandíbula
- Dientes en oclusión, mientras la lengua se encuentra protruida en la mordida abierta.
- Mordida abierta muy circunscrita.
- Generalmente, niños respiradores nasales con hábito de succión digital.
- Presentan buen ajuste oclusal y buena intercuspidadación aunque éste presente la mal oclusión.

b) Deglución con interposición lingual compleja:

- Contracciones de los labios y de los músculos faciales y mentoniano.
- Ninguna contracción de los músculos
- Interposición de la lengua entre los dientes y deglución con los dientes separados.
- Mordida abierta generalmente más difusa y difícil de definir.
- En muchas ocasiones, no presenta mordida abierta.
- Inestabilidad en la intercuspidadación.
- Generalmente, respiradores bucales y casi siempre con antecedentes de enfermedad respiratoria crónica o alergias.

c) Deglución infantil persistente:

- Persistencia predominante del reflejo de deglución infantil poserupción de los dientes permanentes.
- Fuertes contracciones de los labios y de la musculatura facial.
- Interposición de la lengua entre los dientes, tanto en la parte anterior como lateralmente.
- Musculaturas facial y bucal tensas, fuertes contracciones del musculo buccinador-

- Los pacientes presentan serias dificultades en la masticación, ya que los dientes casi siempre sólo ocluyen sobre un molar de cada cuadrante.

2.2.2.2 SUCCIÓN

La palabra succión según el diccionario de la lengua española y Larousse es la extracción de un líquido con los labios de una cosa siendo este un instinto reflejo.

El Reflejo de succión constituye una respuesta innata que se da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses.

Se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido proporcionando que la boca se ponga a succionarlo.

En el neonato existen tres reflejos que permiten la lactancia materna y le garantizan la supervivencia:

- Reflejo de búsqueda
- Reflejo de succión
- Reflejo de deglución

Esta organización nerviosa temprana permite al niño alimentarse de su madre por lo que la succión prenatal y neonatal nutricional es fisiológica. Este reflejo de succión es considerado normal hasta que el niño alcanza los tres años de edad, momento en el cual, con la aparición de las piezas temporales es reemplazado gradualmente con la masticación, se considera un mal hábito cuando persiste estando las piezas en boca.

La supervivencia del recién nacido depende de la succión oral instintiva, que le permite una satisfacción nutricional y le proporciona una sensación de bienestar de satisfacción y seguridad, ya que le sirve de intercambio con el mundo exterior.



Grafico 4-20 Bebe realizando la succión de la leche materna.

Fuente: <http://escueladepadresprimerizos.com>

</blog/como-prepararse-para-la-lactancia/>

Durante el amamantamiento se presentan dos etapas o fases: Aprehensión del pezón y de la areola y el ordeño de la leche.

En la primera parte se produce un cierre hermético de los labios del bebé con la areola y el pezón. La mandíbula desciende y se crea el vacío entre el paladar blando y la parte posterior de la lengua.

En la segunda etapa la mandíbula avanza y nivela los rebordes alveolares de los dos maxilares. Para extraer la leche presiona el pezón en la zona de los tubérculos de Montgomery. Este movimiento posteroanterior de avance de la mandíbula hace posible la alimentación natural al pecho y favorece la morfogénesis de la Articulación temporomandibular (ATM) Se denomina "primer avance Fisiológico de la oclusión" La lengua adquiere forma cóncava y recibe la leche para deglutirla, al retirar el pezón éste tendrá forma plana en la parte superior y cóncava en la parte inferior, causada por la presión de la lengua contra la bóveda palatina.

Con el uso del chupo o del tetero, la mandíbula se queda atrás y no se presenta el primer avance fisiológico, favoreciendo la presencia de Clase II (distoclusión), apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, mal posiciones dentarias. Crea costumbres nocivas como el mal agarre del pezón trayendo como consecuencia que el lactante quede

insatisfecho en la alimentación, y en su mayoría adopte el hábito no nutritivo de la succión digital.

2.2.2.2.1 Succión Digital.

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral, La American Dental Association (Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América) Considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes. Sin embargo, este hábito finalmente debe ser interrumpido, porque si continúa después que han brotado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula ocasionada por la presión que ejerce la mano y el brazo.

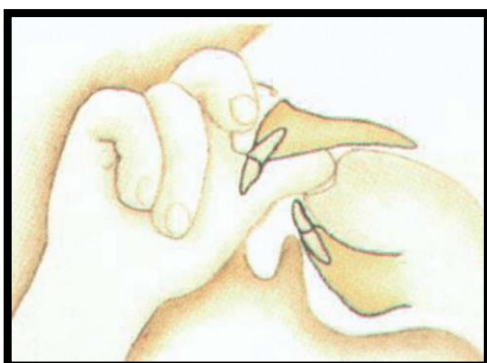


Grafico 5-21 Posición intraoral del dedo durante la succión digital.

Fuente: <http://martinhiroshi.wordpress.com/>

2.2.2.2.2 Tipos de hábitos de succión Digital:

2.2.2.2.2.1 Succión del pulgar: Consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.

2.2.2.2.2.2 Succión de otros dedos. Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

En el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las

estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan:

- Tiempo de duración, frecuencia e intensidad del hábito
- Cronología
- Número de dedos implicados y su forma de colocación.

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 retro inclinación de los incisivos antero inferiores.

Succión de varios dedos Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

También el dedo que se chupa se torna aplanado y con un callo en el dorso producido por los incisivos superiores; aumento de la distancia horizontal entre los dientes superiores e inferiores cuando estos están en contacto.

2.2.2.2.3 Etiología

2.2.2.2.3.1 La lactancia artificial: como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere de un menor esfuerzo físico; al no fatigar al bebe impide su adormecimiento por cansancio y no agota todo su instinto natural de succión. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro.

2.2.2.2.3.2 La succión no nutritiva: puede surgir como una manifestación de otra psicopatologías subyacentes o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento como fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; así como la falta de amamantamiento. Algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia. Se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológicos, fonoaudiológicos u odontológicos.

2.2.2.2.3.3 El enfoque psicopatológico: del hábito de succión del dedo, considera que los niños por medio de esta acción pueden manifestar sentimientos de ansiedad, estrés o frustración que muy bien pueden darse en su entorno familiar. Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables; mientras que una familia disfuncional debe ser considerada como factor de riesgo.

Una familia donde se abuse física, psicológicamente o simplemente por negligencia, no cumple de manera óptima con sus funciones básicas y se convierte en fuente de insatisfacciones y malestar y es capaz de generar conductas que rompen el equilibrio, biológico, psicológico y social que debe tener todo individuo para su desarrollo saludable, siendo unas de las conductas adoptadas el hábito de succión digital.

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

2.2.2.2.3.5 Número de dedos implicados y su forma de colocación. Lo más frecuente es la utilización del pulgar, aunque, a veces, son varios los dedos succionados. Asimismo es importante la forma de introducirlo en la boca; si apoya sobre los incisivos inferiores y en este caso, si lo hace la superficie dorsal del dedo (tiene un efecto más nocivo al actuar de fulcro) o la superficie palmar, si alcanza la bóveda palatina.

2.2.2.2.3.6 Consecuencias:

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

2.2.2.3 RESPIRACIÓN.

La respiración normal también llamada respiración nasal, es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. Se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración. La lengua se eleva y, al apoyarse íntimamente contra el paladar ejerce un estímulo positivo para su desarrollo.

Cualquier obstáculo para la respiración nasal deriva en respiración por la boca. En estos casos la lengua adopta una posición descendida para permitir el paso del flujo del aire. Este fenómeno acarrea dos consecuencias:



Grafico 6-25 Respiración normal.

Fuente: <http://www.neurocapitalhumano.com.ar/char/detallenot.asp?notid=270>

Por una parte provoca una falta de crecimiento transversal del maxilar superior al quedar sometido a las fuerzas centrípetas de la musculatura mímica, especialmente del músculo buccinador. Esto se manifiesta clínicamente con un maxilar superior estrecho, elevación de la bóveda palatina y apiñamiento y/o protrusión de los dientes anteriores.

La lengua descendida está asociada con un crecimiento rotacional posterior de la mandíbula con apertura del eje facial y aumento de altura facial inferior. Este tiempo de crecimiento se ve favorecido también por la mayor apertura bucal que tienen estos pacientes en la posición de reposo mandibular.

Se hace necesario el diagnóstico diferencial entre respiradores bucales con causa determinada y los respiradores bucales por hábitos. La respiración bucal se incluye como un hábito porque, una vez eliminado el impedimento para respirar por la nariz, con frecuencia el niño mantiene la costumbre de respirar por la boca. La respiración bucal constituye un síndrome llamado SRB o Síndrome de Respirador Bucal que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas, por hábitos y por anatomía.

Los que lo hacen por costumbre, mantienen esta forma de respiración aunque se les hayan eliminado el obstáculo que los obligaban a hacerlo, y los que lo hacen por razones anatómicas, son aquellos, cuyo labio superior corto no les permiten un cierre bilabial

completo, sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Históricamente, la obstrucción respiratoria nasal y el hábito de respiración bucal ha sido vinculado a una serie de anomalías faciales, esqueléticas y dentarias, denominadas

FACIES ADENOIDEA o Síndrome de la Cara Larga, que se caracteriza por:

- Cara larga (mayor altura del tercio inferior de la cara)
- Ojeras
- Depresión malar
- Tercio inferior aumentado
- Resequedad e incompetencia labial
- Un paladar ojival ya sea en forma de V o U,
- Mordida abierta anterior
- Mordida cruzada posterior
- Colapso del maxilar superior.
- Gingivitis
- Elevación de la base de la nariz (que presentara su punta elevada, permitiendo una observación frontal de las narinas, que serán estrechas)
- Maxilar superior protruido.
- Vestibularización de los incisivos superiores, gran resalte.
- Retrusión maxilar,
- incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Lengua en posición atípica, ubicándose en el piso de la cavidad bucal o entre los dientes.
- Déficit de neumatización de los senos.
- Modificación de la posición de la cabeza.
- Predisposición a una pronunciación mala (ceceo debido a una protrusión lingual).



Grafico 7-27 Niño respirador bucal: el niño muestra casi toda la superficie de los dientes constantemente.

Fuente: <http://cuidemosjuntostuboca.blogspot.com/2013/03/106-respiracion-bucal.html>

Las principales molestias de estos pacientes son: sensación de falta de aire, cansancio durante las actividades físicas, dolor de cuello o espalda, alteraciones del gusto y el olfato, halitosis, boca seca, somnolencia diurna, así como salivación abundante al estar hablando al dormir llegando incluso a mojar las sábanas. También se han reportado alteraciones en el patrón del sueño, irritabilidad, dificultad para la concentración, deficiente oxigenación cerebral, produciendo déficit de atención y concentración y las consecuentes dificultades de aprendizaje.

Maloclusiones más frecuentes causadas por la Respiración Bucal:

Alteraciones en el Plano Sagital:

- Clase II división 1
- Clase III

Alteraciones en el Plano Transversal:

- Mordida Cruzada Posterior:

Alteraciones en el Plano Vertical:

- Patrones dolicofaciales
- Altura facial inferior aumentada
- Extrusión de piezas dentarias
- Mordida Abierta Anterior

Las causas de la respiración bucal están relacionadas con la poca permeabilidad de la vía aérea superior, ya sea por hipertrofia de las adenoides amígdalas palatinas, rinitis alérgicas, desviaciones del tabique nasal y cavidad nasal estrecha con hipertrofia de cornetes.

En la respiración bucal, la lengua asume la posición ascendente, causando un desequilibrio de la musculatura, con el cual desaparece el apoyo interno de los dientes posterosuperiores y permite que la musculatura bucal descansa sin oposición en la parte externa; por tanto, se crea una contracción del arco superior y del paladar. Para permitir el paso de aire por la boca, es necesario que el paciente mantenga de manera permanente un "pasillo bucal" libre, la mandíbula gira hacia abajo y la lengua se mantiene en posición baja, dejando de modelar el paladar. El aire que penetra por la boca empuja el paladar hacia arriba y como no hay fuerza contraria de la columna de aire nasal, éste permanece alto.

2.2.2.4 ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

La articulación temporomandibular es la que relaciona la mandíbula con el cráneo, permitiendo la apertura y cierre de la boca además de todos los movimientos que se realizan al hablar, comer, gesticular, etc.

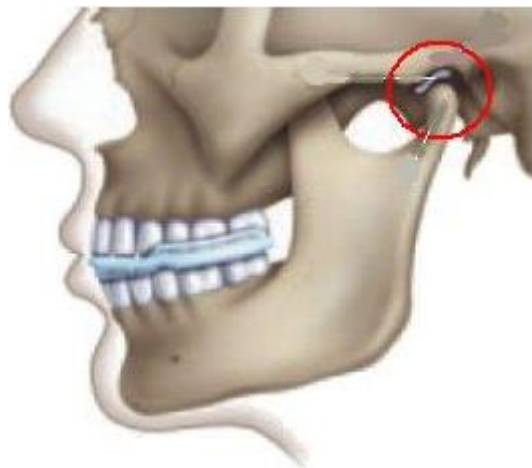


Grafico 8-28 Articulación Temporomandibular (ATM)

Fuente: <http://acufenoscura.com/tinnitus->

Es una articulación similar a la de otras partes del organismo, estando constituida por un menisco, dos superficies articulares y una serie de ligamentos. Su función puede verse

alterada por una serie de factores como pueden ser el stress, las mal posiciones de los dientes o los hábitos perniciosos como masticar chicle, morder lápices, apretar ("rechinar") los dientes, etc.

2.2.2.4.1 Síndrome de disfunción masticatoria

De forma gráfica se puede decir que la mandíbula "cuelga" quedando sujeta al resto de la cara por los músculos de la masticación.

Cuando los dientes no están colocados correctamente, la arcada superior no encaja adecuadamente con la inferior, lo que obliga a desviar la mandíbula para lograr un mejor ajuste entre las dos, forzando por tanto las articulaciones.

Existen además una serie de circunstancias que favorecen la aparición de este síndrome, entre las que cabe destacar:

Hábitos perniciosos que hacen que se utilice el aparato masticatorio para funciones para las que no ha sido creado, por ejemplo: morderse las uñas, abuso en la masticación de chicle, comer pipas, mordisqueo de labios o carrillos, etc...

Bruxismo (apretamiento dentario)

El apretamiento dentario diurno o nocturno es la actividad nociva más frecuente para el sistema masticatorio.

Es un hábito muy arraigado en la sociedad moderna, relacionada con situaciones de estrés, ansiedad, pequeñas frustraciones cotidianas, etc...

Es más frecuente que se manifieste durante el sueño, una vez que han desaparecido los mecanismos de alerta. Este hecho impide, generalmente que seamos conscientes de ello.

Cada uno de estos mecanismos es capaz de provocar el síndrome de disfunción masticatoria por sí mismo; sin embargo, lo habitual es que participen varios de ellos.

El resultado puede llegar a ser la aparición de lesiones en las articulaciones temporomandibulares que darán lugar a chasquidos, dolor y/o bloqueos de la misma, constituyendo el síndrome de dolor disfunción de la articulación temporomandibular.

2.2.2.5 CLASIFICACIÓN DE ANGLE

La clasificación de la oclusión original de Angle está basada en la relación anteroposterior entre los primeros molares permanentes superiores e inferiores.

En la oclusión Clase I, la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye con el surco bucal del primer molar inferior. La oclusión Clase I puede ser dividida adicionalmente en oclusión normal y maloclusión. Ambos subtipos tienen la misma relación molar pero esta última también está caracterizada por apiñamiento, rotaciones u otras irregularidades posicionales.



Grafico 9-30 Clase I, de Angle

Fuente: <http://www.propdental.es/wp-content/uploads/2013/03/clase-I-de-angle.jpg>

La oclusión Clase II es cuando la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye anterior al surco bucal del primer molar inferior.



Grafico 10-30 Clase II, de Angle

Fuente: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Class_II.jpg

Existen dos subtipos de la oclusión Clase II, ambos presentan una relación molar Clase II, pero la diferencia radica en la posición de los incisivos superiores.

En la maloclusión Clase II división 1, los incisivos superiores están inclinados labialmente, creando una sobremordida horizontal significativa. Por el contrario, los incisivos centrales superiores están inclinados lingualmente y los incisivos laterales están labialmente inclinados en la mal oclusión Clase II división 2. Cuando se mide desde los primeros incisivos, la sobre mordida horizontal está dentro de los límites normales en los individuos con mal oclusión Clase II división 2.

La mal oclusión Clase III es opuesto a la Clase II: la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye más posterior que el surco bucal del primer molar inferior.



Grafico 11-31 Clase III, de Angle

Fuente: <http://es.convdocs.org/docs/index-8879.html?page=31>

2.3. DEFINICIONES DE TERMINOS BÁSICOS

Adenoides: Las amígdalas faríngeas, también llamadas tonsilas faríngeas, adenoides o vegetaciones, son dos masas de tejido linfoide situadas cerca del orificio interno de las fosas nasales, en el techo de la nasofaringe, justo donde la nariz se une con la boca. Forman parte de las amígdalas.

Anamnesis: significa 'recolección', 'reminiscencia', 'rememoración'. La anamnesis en general apunta a traer al presente los recuerdos del pasado, recuperar la información registrada en épocas pretéritas.

Cornetes: son estructuras formadas por hueso esponjoso, su cubierta es una delgada y delicada mucosa nasal. Se ubican en las partes laterales de cada cámara nasal. Su número por lo general es de tres, aunque pueden llegar a cinco.

Dentoesqueléticas: Se refiere al estudio de las estructuras dentales y esqueléticas.

Estomatognático: Es el conjunto de órganos y tejidos que permiten comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir, sonreír, respirar, besar y succionar. Está ubicada en la región craneo-facial, en una zona limitada aproximadamente por un plano frontal que pasa por las apófisis mastoides y dos líneas horizontales que pasan, la superior por los rebordes infraorbitarios y la inferior por el hueso hioides

Hipertrofia: Es el nombre con que se designa un aumento del tamaño de un órgano cuando se debe al aumento correlativo en el tamaño de las células que lo forman; de esta manera, el órgano hipertrofiado tiene células mayores, y no nuevas.

Neonato: es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento

Ortodóncicos: Son materiales encargados de todo estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías de forma, posición, relación y función de las estructuras dentomaxilofaciales; siendo su ejercicio el arte de prevenir, diagnosticar y corregir sus posibles alteraciones y mantenerlas dentro de un estado óptimo de salud y armonía, mediante el uso y control de diferentes tipos de fuerzas.

Ortopédicos: Son materiales dedicados a corregir o de evitar las deformidades o traumas del sistema musculoesquelético del cuerpo humano, por medio de cirugía, aparatos (llamado órtesis u ortesis) o ejercicios corporales.

Periorales: Situado alrededor de la boca

Procesos alveolares: Los procesos alveolares corresponden a las porciones de los huesos maxilares que rodean y contienen los alvéolos dentarios, que son cavidades cónicas que alojan las raíces de los elementos dentarios.

Vía aérea superior: la parte superior del aparato respiratorio. Es la parte por la que discurre el aire en dirección a los pulmones, donde se realizará el intercambio gaseoso.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPÓTESIS

Los hábitos perniciosos es una de las causas principales que favorecen la aparición de mala oclusión, por lo que es muy común encontrar estos hábitos en los niños sin que estos adviertan su presencia.

2.4.2. VARIABLES

Variable Independiente: Hábitos perniciosos

Variable Dependiente: Mala oclusión

2.5: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	TEMAS	SUBTEMAS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Independiente Hábitos perniciosos	Costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto.	Succión Deglución Respiración Masticación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Succión Digital. ➤ Respiración bucal. ➤ Onicofagia ➤ Masticación de objetos ➤ Uso de chupetes y biberones después de los 3 años 	Historia clínica Observación Encuesta
Dependiente Mala oclusión	Es la falta de relación y contacto de los dientes del maxilar superior con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica.	Oclusión	<ul style="list-style-type: none"> Apiñamiento Mordida abierta Mordida cruzada Over bite Over jet 	Ficha clínica Observación

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1 MÉTODO

En la presente investigación se realizó los siguientes métodos de investigación:

Método Científico.- Presentar los datos obtenidos de manera detallada, en forma científica.

Método Descriptivo.- Describe el problema tomando en consideración las características que determinan cada uno de los hábitos perniciosos.

Método Exploratorio.- Porque se va a estudiar cada caso por medio de fichas clínicas, fotografías y la anamnesis.

Método Explicativo.- Porque se encarga de buscar la explicación por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste.

Método Cualitativo.- Es una investigación que se basa en el análisis subjetivo e individual, esto la hace una investigación interpretativa, basándose en la observación de grupos de población reducidos.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo y transversal:

a) Estudio descriptivo porque vamos a observar las características actuales del objeto de estudio. (Mala oclusión)

b) Estudio transversal porque se va a realizar corte en tiempo, número de casos que se presentan en un momento determinado (Hábito pernicioso).

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio documental y trabajo de campo.

Esta investigación es documental ya que consiste en un proceso basado en la búsqueda, recopilación y análisis de datos. Es decir, los obtenidos y registrados en fuentes

documentales: impresas, electrónicas, de esta manera obtener información que no encamine al cumplimiento de los objetivos, lo cual ayudará al desarrollo del proyecto de investigación.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La investigación se realizó en la Escuela de Educación Básica “General Córdova” se eligió esta institución ya que es el medio propicio para la investigación, como es la vulnerabilidad para padecer algún desorden de los antes mencionados. En dicha institución habían 694 alumnos matriculados legalmente y que asistían con normalidad a clases en el periodo julio a diciembre 2013.

3.2.2. MUESTRA

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{(N-1) \left(\frac{e}{z}\right)^2 + p \cdot q}$$

N = Población: 694

p = Probabilidad de ocurrencia: 0.5

q = Probabilidad de no ocurrencia: 0.5

e = Margen de error: 8%

z = Constante: 2

n = Muestra: 128

La muestra con la que se trabajó para realizar la investigación es de 128 niños.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una amplia revisión bibliográfica tanto nacional como internacional para conformar el marco teórico conceptual de la información.

Al grupo de estudio se le realizó un examen oral, acondicionando el aula de los estudiantes para su comodidad. La recopilación de información se realizó en historias clínicas y la observación directa para lo cual se utilizó:

- Guantes, gorro y mascarilla.
- Algodón
- Toallitas de papel
- Campos para el paciente y el instrumental
- Lápiz bicolor
- Antisépticos
- Instrumental de diagnóstico (Espejo bucal, pinza y explorador)
- Historias clínicas.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez recogida la información fue revisada, con la cual se creó una base de datos que se ordenaron en valores, la información fue procesada en Microsoft Excel en tablas y gráficos, para su análisis, interpretación y procesamiento.

Como medida de resúmenes se utilizaron números absolutos y porcentajes. La información obtenida se presentó en tablas para su análisis y en el informe final fue elaborado en el programa Microsoft Word.

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Escolares de ambos sexos que tengan presente sus cuatro primeras molares permanentes.
- Comprendido entre los Sextos y séptimos años.

- Que asista al establecimiento.

3.8 REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

CONSENTIMIENTO:

Se envió una solicitud al director de la escuela seleccionada para la muestra, en la cuál iba una breve explicación de lo que consiste el estudio y el procedimiento clínico que se llevará a cabo.

ANAMNESIS: Se llenó una ficha clínica preparada para este estudio en donde se obtuvieron los datos generales del paciente, edad, establecimiento y región de salud.

Se informó a todos los individuos de la muestra las razones del estudio y seguidamente se solicitó su consentimiento informado y comprendido (componente bioético de la investigación), por ser menores de edad esto último se dirigirá a los padres de familia o en su defecto a los profesores.

EXAMEN CLÍNICO: Los hallazgos del examen clínico fueron anotados en una ficha clínica. Para iniciar la actividad se informó a todos los estudiantes seleccionados en la muestra las razones de este estudio y el procedimiento clínico que se llevará a cabo. El examen clínico se realizó así:

Se efectuó con el paciente sentado en su escritorio, tratando de que exista la mayor cantidad de luz natural o artificial posible, y con un reflector alumbrando el área intrabucal, haciendo uso de bajalenguas y espejos, se evaluará su relación molar de ambos lados.

Todos estos datos fueron trasladados a la ficha clínica en donde se anotó el tipo de relación molar.

3.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenidos los valores de cada paciente en su ficha, se hizo el trabajo estadístico. Ello mediante la sumatoria de totales y sub-totales (sumatoria de los diferentes aspectos evaluados), todo ello se presenta en la sección de resultados por medio de cuadros.

3.10 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

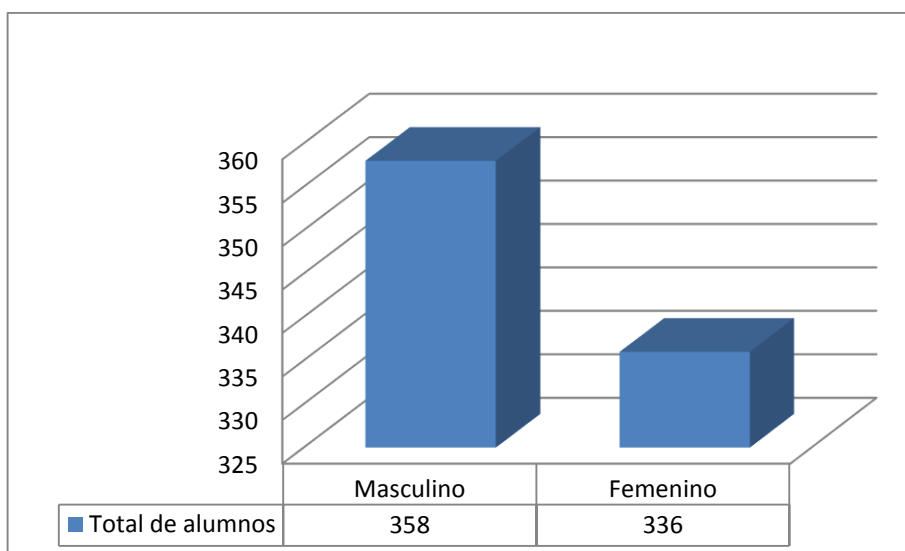
La presentación de los resultados se hace en dos secciones, por género y, a nivel global, mediante un consolidado.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Tabla 1. Total de alumnos de la escuela de educación básica “General Córdova”

SEXO	NÚMERO	%
Masculino	358	52%
Femenino	336	48%
TOTAL	694	100%



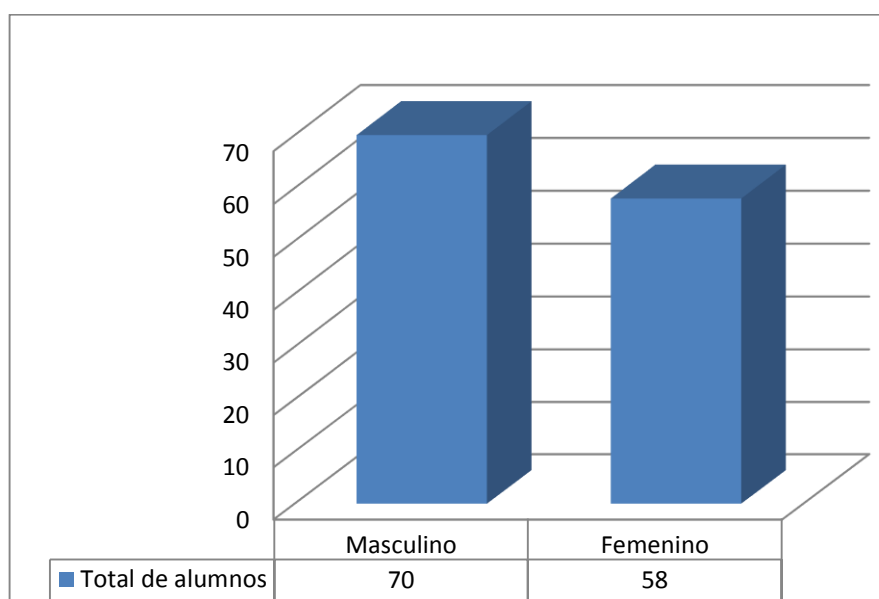
Autor: Christian A. Ortega.

Fuente: Listado de Secretaria de la escuela “General Córdova”.

Análisis e interpretación: De acuerdo al universo estudiado que se obtuvo del listado oficial de secretaria, la cantidad de 694 alumnos a nivel global, que corresponden a 358 niños que equivale a 52% y 336 niñas que equivale al 48%.

Tabla 2. Total de alumnos de los sextos y séptimos años.

SEXO	NÚMERO	%
Masculino	70	55%
Femenino	58	45%
TOTAL	128	100%



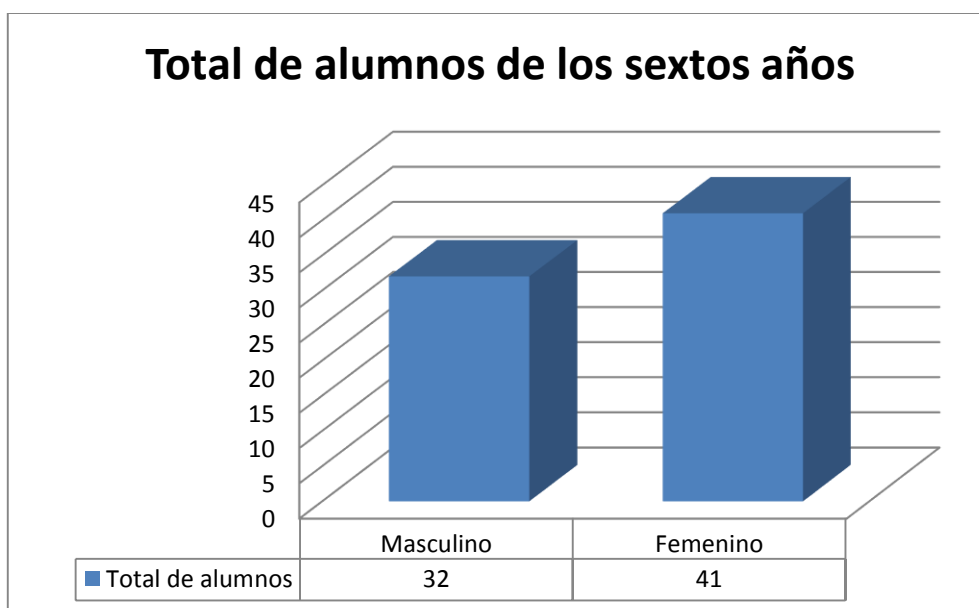
Autor: Christian A. Ortega.

Fuente: Listado de Secretaria de la escuela "General Córdova".

Interpretación: La investigación se realizó con 128 alumnos, de los cuales se observa que 70 alumnos corresponden al sexo masculino que equivale al 55%, en tanto que 58 alumnas corresponden al sexo femenino que equivale al 45%.

Tabla 3. Total de alumnos de los sextos años de la escuela.

SEXO	NÚMERO	%
Masculino	32	44%
Femenino	41	56%
TOTAL	77	100%



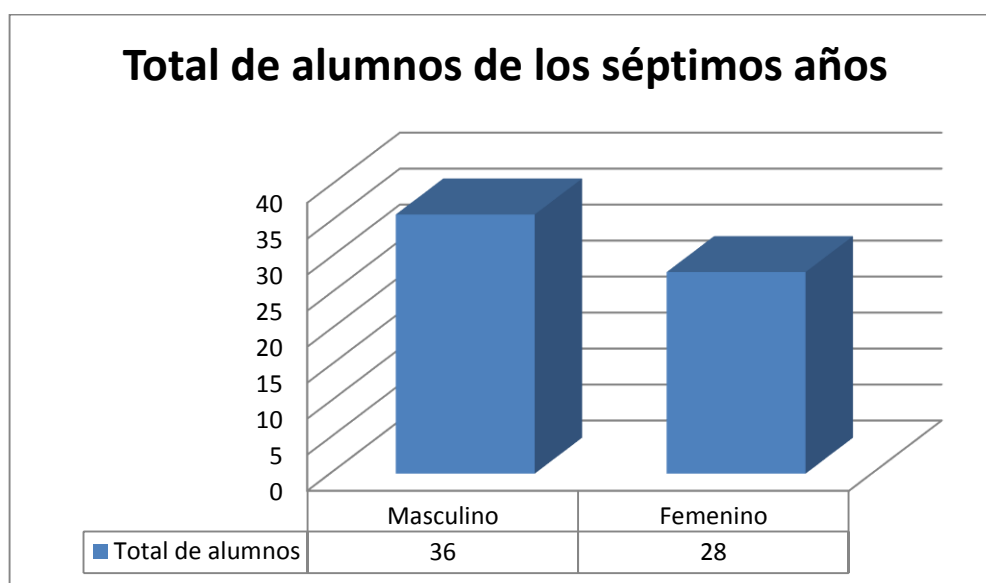
Autor: Christian A. Ortega.

Fuente: Listado de Secretaria de la escuela "General Córdova".

Interpretación: Se elaboro un cuadro y grafico de el total de los alumnos de los sextos años de la escuela el que se dividió entre hombres y mujeres de los cuales había 32 niños que equivale al 44% y 41 niñas que corresponde al 56% respectivamente.

Tabla 4. Total de alumnos de los séptimos años de la escuela.

SEXO	NÚMERO	%
Masculino	36	56%
Femenino	28	44%
TOTAL	54	100%



Autor: Christian A. Ortega.

Fuente: Listado de Secretaria de la escuela "General Córdova".

Interpretación: Se elaboro un cuadro y gráfico de el total de los alumnos de los séptimos años de la escuela el que se dividió entre hombres y mujeres de los cuales había 36 niños que equivale al 56% y 28 niñas que corresponde al 44% respectivamente.

Tabla 5. Mal oclusión según Angle.

Clases de Angle	NÚMERO	%
Clase I	91	71%
Clase II	32	25%
Clase III	5	4%
TOTAL	128	100%

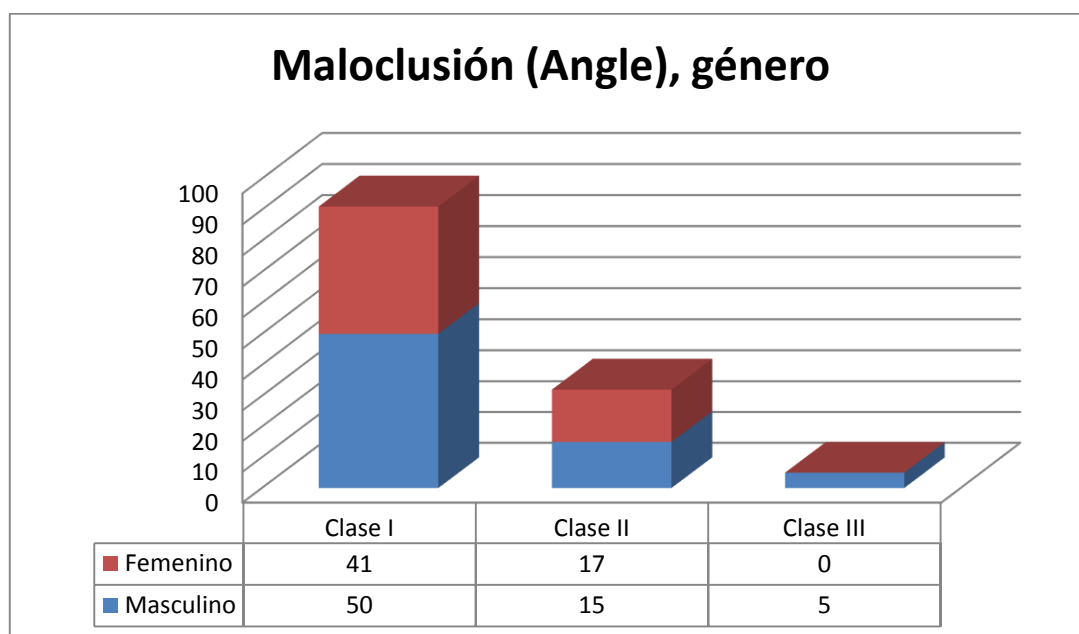


Autor: Christian A. Ortega.
Fuente: Fichas clínicas.

Interpretación: Se elaboro un cuadro y grafico del total de los alumnos de los sextos y séptimos años de la escuela, y se dividió en las tres clases de Angle, clase I se obtuvo 91 alumnos que corresponde al 71%, para la clase II 32 alumnos que corresponde al 25% y por ultimo la clase III que corresponde al 4%.

Tabla 6. Mal oclusión (según Angle) en los alumnos de sextos y séptimos años según el género.

	Masculino	Femenino	%
Clase I	50	41	71%
Clase II	15	17	25%
Clase III	5	0	4%
TOTAL	70	58	100%

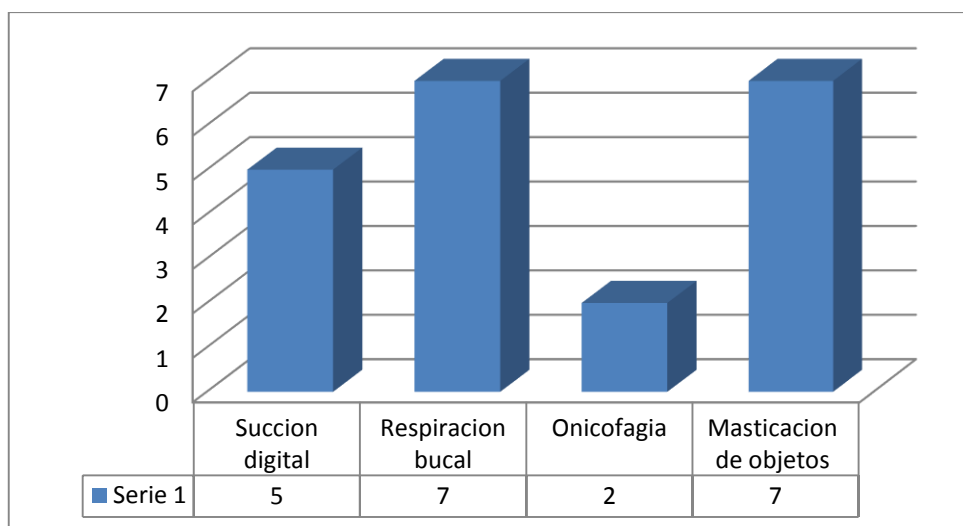


Autor: Christian A. Ortega.
Fuente: Fichas clínicas.

Interpretación: Con respecto a la frecuencia de maloclusión observamos 91 alumnos (71%) para la Clase I, refiriéndose a esta como una clase normal, y 32 alumnos (25%) con maloclusión Clase II y por último Clase III 5 alumnos (4%). La Clase I se observó en 50 pacientes del género masculino (55%) y 41 del género femenino (45%), la Clase II se observó en 15 pacientes del género masculino (47%) y 17 del género femenino (53%), la Clase III se observó en 5 pacientes del género masculino con esta patología.

Tabla 7. Hábitos perniciosos en los alumnos de sextos y séptimos años

Tipo de habito	Número	%
Succión digital	5	24%
Respiración bucal	7	33%
Onicofagia	2	10%
Masticación de objetos	7	33%
TOTAL	21	100%

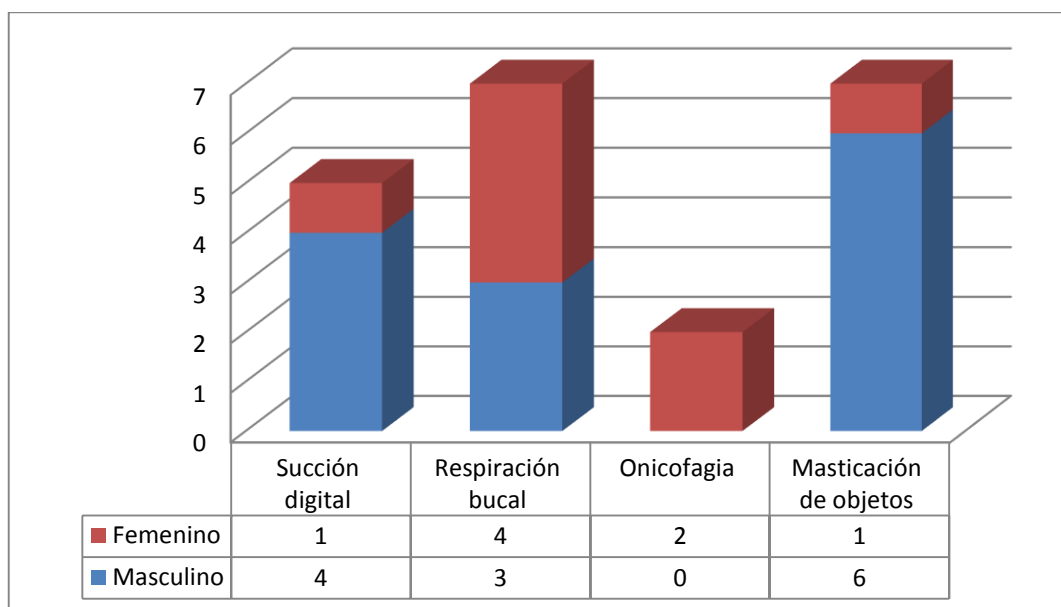


Autor: Christian A. Ortega.
Fuente: Fichas clínicas.

Interpretación: En el estudio a los hábitos perniciosos se obtuvo que tenían succión digital 5 alumnos de los cuales 4 era del género masculino y 1 del género femenino, en lo que se refiere a la respiración bucal se obtuvo que teníamos 7 alumnos que eran 3 del sexo masculino y 4 del sexo femenino, la onicofagia se presentó en 2 alumnos del sexo femenino y la masticación de objetos 7 alumnos presentaba masticación de objetos que eran 6 del sexo masculino y 1 del sexo femenino.

Tabla 8. Hábitos perniciosos en los alumnos según su género.

Tipo de hábito	Masculino	Femenino	%
Succión digital	4	1	24%
Respiración bucal	3	4	33%
Onicofagia	0	2	10%
Masticación de objetos	6	1	33%
TOTAL	13	8	100%



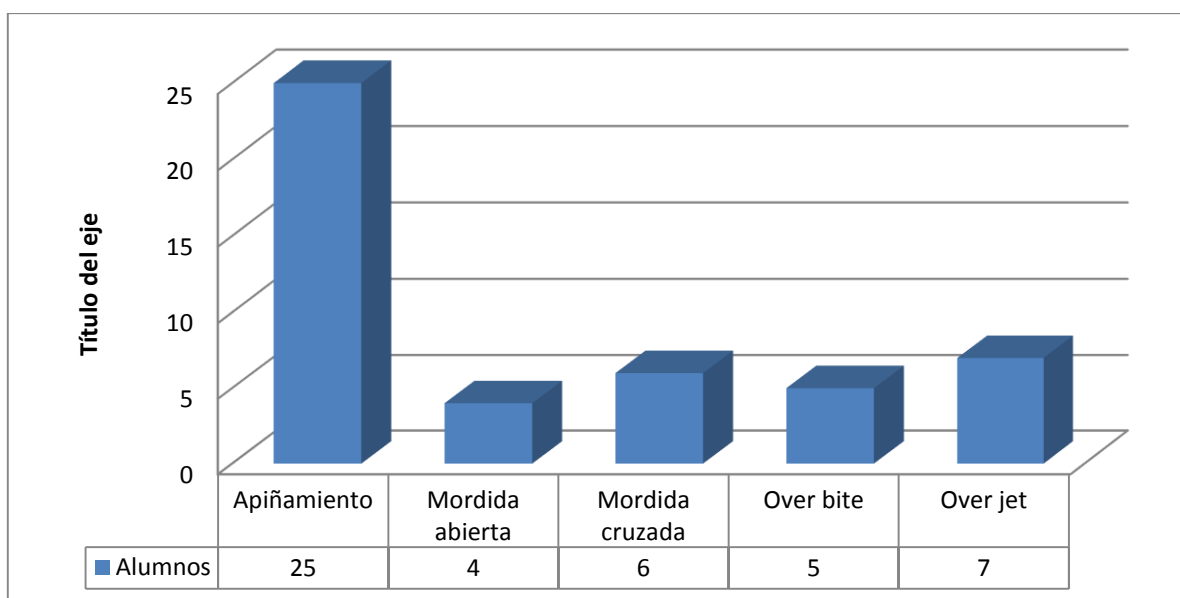
Autor: Christian A. Ortega.

Fuente: Fichas clínicas.

Interpretación: Hábitos perniciosos en los alumnos de los sextos y séptimos años de los alumnos, según su género, se obtuvo Succión digital con 5 niños, 4 niños y 1 niña que corresponde al 24%, respiración bucal con 3 niños y 4 niñas que corresponde al 33%, onicofagia con 2 niñas que corresponde al 10% y por ultimo masticación de objetos con 6 niños y 1 niña que corresponde al 33%.

Tabla 9. Tipo de mal oclusión

Tipo de mal oclusión	Número	%
Apiñamiento	25	53%
Mordida abierta	4	8%
Mordida cruzada	6	13%
Over bite	5	11%
Over jet	7	15%
TOTAL	47	100%



Autor: Christian A. Ortega.

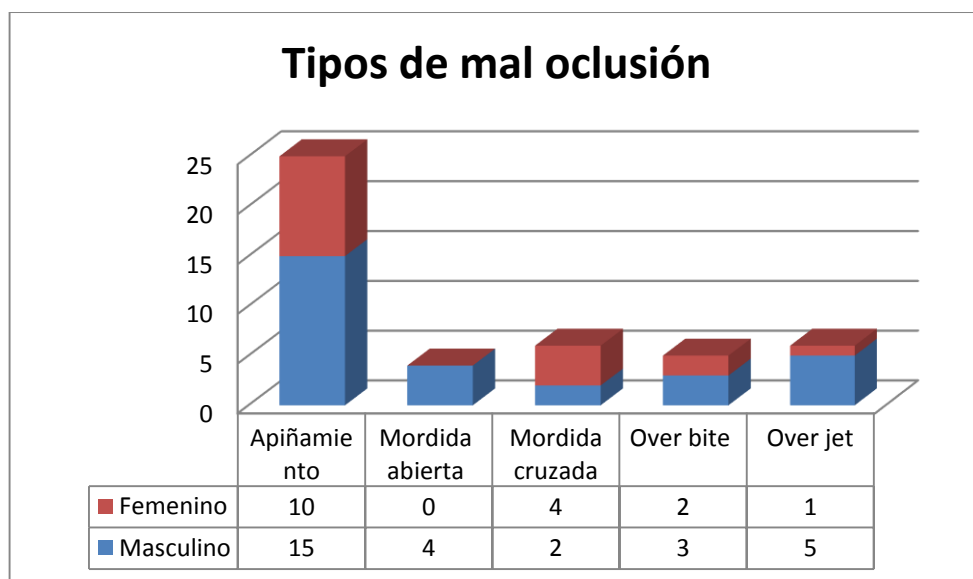
Fuente: Fichas clínicas.

Interpretación: En cuanto a los resultados de la frecuencia de mal oclusión y el género tenemos que Apiñamiento se obtuvo 25 alumnos de los cuales 15 alumnos del sexo masculino y 10 del sexo femenino tenían esta patología, en cuanto a la mordida abierta se obtuvo que 4 alumnos presentaba mordida abierta anterior los cuales eran del sexo masculino, mordida cruzada se presentó en 6 alumnos 2 del sexo masculino y 4 del sexo femenino, Over bite se observó a 5 alumnos con alteración en esta medida 3 alumnos del

género masculino y 2 del género femenino, Over jet se observó a 7 alumnos con alteración de este 5 del género masculino y 1 del género femenino, en cuanto al uso de chupete o biberón no se encontró a ningún niño con este habito.

Tabla 10. Mal oclusión en los alumnos, según el género

Tipo de mal oclusión	Masculino	Femenino	%
Apiñamiento	15	10	53%
Mordida abierta	4	0	8%
Mordida cruzada	2	4	13%
Over bite	3	2	11%
Over jet	5	1	15%
TOTAL	29	17	100%



Autor: Christian A. Ortega.
Fuente: Fichas clínicas.

Interpretación: Mal oclusión en los alumnos con apiñamiento 25 niños el 53%, mordida abierta 4 niños el 8%, mordida cruzada 6 niños el 13%, over bite 5 niños el 11% y over jet 6 niños el 15%.

4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

De similar manera a la caries dental y la enfermedad periodontal, los hábitos perniciosos constituyen un serio problema de salud pública en el mundo y al que en ocasiones se le resta importancia en el ámbito de estudio, diagnóstico y tratamiento, la deficiente planificación y el predominio de criterios negativos respecto a la atención de los hábitos hace difícil lograr una precisa medición del problema, los progresos de la odontología han sido evidentes en la reducción de la incidencia de los principales problemas de salud oral, en este sentido la oclusión tiene gran importancia estética. Los problemas sociales indeseables y psicológicos pueden influir en el desarrollo de los maxilares, hábitos como el de succión digital traen como consecuencia maloclusiones.

El objetivo del estudio fue evaluar la relación que tienen los hábitos perniciosos para la frecuencia de maloclusiones en relación al género.

El estudio se realizó sobre una muestra de 128 estudiantes de ambos sexos de los sextos y séptimos años de la escuela de educación básica “General Córdova”.

Para comenzar se hará referencia a la clasificación utilizada en este estudio. Este se basa en los hábitos más comunes y relevantes presentes en la literatura como también en nuestro medio y las principales alteraciones asociadas a estos. La explicación para la utilización de esta clasificación fue una elección de cada hábito después de una amplia revisión bibliográfica y su relación con las mal oclusiones.

Hay que reconocer que, si bien hay otros hábitos presentes en la literatura pero se escogió estos por su gran relevancia y su importancia certera en cuanto a el diagnóstico de las mal oclusiones, cabe destacar que varios autores concuerdan con esta clasificación y su utilización en el diagnóstico patológico.

Los resultados encontrados determinaron que el 71% del total de la muestra de estudiantes presentaba Clase I de Angle, el 25% presentaba Clase II de Angle, y el 4 % restante corresponde a Clase III de Angle.

En la relación molar con respecto al género, observamos que la Clase I se encuentra en un porcentaje de 55% en hombres y 45% en mujeres, Clase II 47% hombres y 53% en mujeres y para la Clase III 100% en los hombres.

En relación a otras mal oclusiones diferentes a las de Angle, encontramos que las maloclusiones que se presentan con mayor frecuencia son apiñamiento en 25 casos de los cuales corresponde al 53% de las mal oclusiones esta se presentó en 15 alumnos del sexo masculino y 10 del sexo femenino, over jet en 7 que representa el 15% de los cuales 5 eran del género masculino y 1 del género femenino, en la mordida cruzada se obtuvo 6 casos que representan el 13,2 del sexo masculino y 4 del sexo femenino, en cuanto al over bite se obtuvo 5 casos que representa el 11% con 3 alumnos del género masculino y 2 del género femenino, la mordida abierta en 4 casos de los cuales presentes en los hombres, que representa el 8% y en cuanto al uso de chupete o biberón no se reportó casos.

Los hábitos perniciosos se encontraron los siguientes datos estadísticos succión digital 5 alumnos de los cuales 4 era del género masculino y 1 del género femenino para esta patología se observó una mayor incidencia en el género masculino, en lo que se refiere a la respiración bucal se obtuvo que teníamos 7 alumnos que eran 3 del género masculino y 4 del género femenino,

La onicofagia se presentó en 2 alumnos del sexo femenino los integrantes del sexo femenino fueron más susceptibles a este problema de salud dicha enfermedad tiende a ser progresiva conforme avanza la edad, este problema puede plantearse alrededor de las diferentes educaciones sexistas, que se dan como norma y necesidad en donde a las mujeres se les somete a más indicadores de presión y supresión psicosocial, además de

recordar que algunos factores etiológicos que se han señalado para la presencia de malos hábitos bucales se incluyen: conflictos familiares, celos, presión escolar, ansiedad, y éstos se presentan en las grandes ciudades. Y la masticación de objetos 7 alumnos presentaba masticación de objetos que eran 6 del sexo masculino y 1 del sexo femenino en esta se encontró un predominio del sexo masculino.

La persistencia de hábitos bucales como succión y la aparición de hábitos de morder (onicofagia, morder.) han sido asociados a fijación en la evolución de la etapa oral psicosocial, que repercutirá a mediano plazo en un cambio problemático de procesos psicofisiológicos de la oralidad, los cuales dependiendo de la intensidad, duración y frecuencia, alterarán o dejarán indemnes las estructuras estomatognáticas, en el estudio se observó una relación directa entre los hábitos perniciosos y la aparición de mal oclusión en la mayoría de los casos.

Por lo tanto, la prevención y tratamiento de los malos hábitos bucales tendrá que ser ubicado socialmente como un problema de conducta que afecta la cavidad bucal y tendrá que ser abordado multidisciplinariamente, considerando que este problema es influido por factores familiares, sociales y ambientales.

Debido a que las grandes ciudades están sometidas a un alto grado de estrés y que el desarrollo de enfermedades relacionadas con emociones y tensiones es más común, esto nos permite comprobar que los hábitos afectan el normal desarrollo de la cavidad oral y que algunas patologías son más prevalente en algunos sexos como la onicofagia que afecta más al sexo femenino que al masculino por lo que se propone ampliar el estudio en otras poblaciones escolares la población para poder determinar esta significancia.

Es evidente que el manejo de los malos hábitos bucales por parte del dentista, requiere de una mayor atención al ataque de la causa del problema y no únicamente a las manifestaciones del mismo, ya que en la actualidad se presta más importancia a la curación

cuando ya se ha presentado la patología y no a subsanar la en momentos tempranos y eliminar el habito.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En cuanto a la persistencia de hábitos perniciosos se observó que existe una alta prevalencia y una mayor cantidad de alumnos con masticación de objetos como principal hábito, así como también la respiración bucal seguidos de la succión digital y por último la onicofagia.
- En la observación clínica se determinó que las principales alteraciones correspondían a apiñamientos, alteración del over jet y mordida cruzada.
- Se determinó que una gran parte de la población escolar padecía de algunos malos hábitos orales y concomitantemente mal oclusiones lo que nos da como resultado un alto índice de problemas futuros en cuanto a la salud oral, mediante el estudio se determino que el principal habito pernicioso encontrado en los niños, era la masticación de objetos.
- Se encontró una relación estrechamente ligada entre la aparición de los hábitos perniciosos y la mal oclusión, que fundamenta la idea de que estos hábitos influyen directamente con el desarrollo anormal de la cavidad oral, ya que cada habito nos da como resultado una patología determinada como por ejemplo la succión digital nos trae como resultado un paladar ojival por la presión de los músculos bucinadores y la del propio dedo en el paladar.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda el análisis minucioso de los hábitos perniciosos, observando las características de cada uno de los hábitos para obtener un resultado más exacto en

cuanto a la frecuencia de mala oclusión y prestando especial atención al hábito más común como era la masticación de objetos y buscar las alternativas de tratamiento más adecuada.

- Se informó a los padres y profesores de las patologías presentes en cada uno de los niños de la escuela y se recomendó algunas medidas preventivas y curativas así como también, la sugerencia de visitar con prontitud a un profesional Odontólogo para eliminar este hábito y así evitar futuras complicaciones.
- Se recomienda registrar en las Historias Clínicas de la Facultad de Odontología y en los centros de atención en general, la aparición de algunos de los malos hábitos antes mencionados, para recoger datos en cuanto se refiere a la relación de los hábitos con la mal oclusión, y en caso de mal oclusión valorar las causas para llegar a un análisis del porqué puede existir esta y relacionarla con los posibles hábitos que lo causaron y corregir el hábito para eliminar la mal oclusión.
- Difundir este estudio, con el afán de que se conozca la patología buco-dental con relación a los hábitos perniciosos, para establecer una programación y planificación que tenga como fundamento la prevención de esta patología para reducir progresivamente su prevalencia, de esta manera eliminar los principales hábitos encontrados en este estudio.
- Impulsar nuevas investigaciones de este tema en otras regiones del país en los mismos rangos de edad para establecer un análisis global del problema, como ya se determinó estas patologías están estrechamente relacionadas con una alteración orofacial determinada.

BIBLIOGRAFÍA

- BISHARA, Samir. 2003. Ortodoncia. México. Editorial Mc. Graw-Hill.
- CANUT, José. 2006. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. España. Editorial Masson.
- ECHARRI, Pablo. 2008. Tratamiento ortodóntico y ortopédico de primera fase en dentición mixta. España. Editorial Médica Ripano.
- ESCOBAR, Fernando. 2004. Odontología Pediátrica. Colombia. Editorial Amolca,
- GRABER, Thomas y Col. 2003. Ortodoncia: Principios generales y Técnicas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- GURKEERAT, Singh. 2009. Ortodoncia Diagnóstico y Tratamiento. Segunda Edición. Editorial Amolca
- MAYORAL J., & Mayoral I. Ortodoncia. 1970. Principios fundamentales y práctica. Segunda edición. Barcelona. Editora Laboral.
- MORALES, Jiménez L. 2003. Hábito de succión digital y maloclusiones asociadas. Gaceta Dental.
- MOSCHOS, A. 2007. Tratamiento ortodóntico en pacientes de clase II. Primera edición.
- MOYERS, R. 1992. Manual de ortodoncia. Cuarta edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- PALMA, Cárdenas Ascensión & Fátima Sánchez Aguilera. 2010. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. España. Primera edición, tercera impresión. Graficas Rogar Navalcarnero (Madrid).
- PÉREZ, Córdova César A. 2013. Tratado de Cefalometría. Editorial Amolca.
- PROFFIT WR, Fields 2001. Ortodoncia Contemporánea Teoría y Práctica. Tercera edición. Madrid. Editorial Harcourt.
- STALEY, Robert N. 2012. Fundamentos en Ortodoncia. Diagnóstico y tratamiento. Editorial Amolca.

- THOMAS,M. Graber & Vanarsdall Robert L. 2006. Ortodoncia: principios y técnicas actuales. Elsevier España.
- USTRELL, Josep M., &Josep Duran Von. 2002. Ortodoncia. Segunda edición. Barcelona. Ediciones De La Universidad De Barcelona.

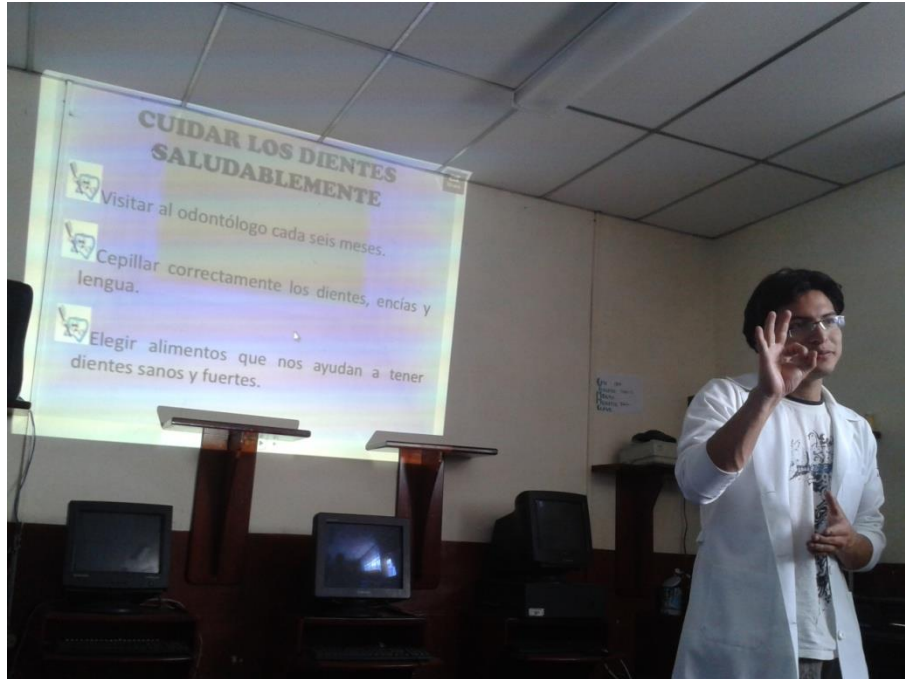
SITIOS WEB

- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=306607&indexSearch=ID>
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci_arttext
- http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41061999000600004&script=sci_arttext
- http://odontologos.mx/seccion-anahuac/revista-adm/ADM_estudinatil_01.pdf#page=36
- <http://ortodoncia.ws/publicaciones/2009/pdf/art22.pdf>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Hipertrofia>
- [http://es.wikipedia.org/wiki/V%C3%ADa_a%C3%A9rea_\(anatom%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/V%C3%ADa_a%C3%A9rea_(anatom%C3%ADa))
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Neonato>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Anamnesis>
- <http://embriologiainfo.blogspot.com/2012/04/periodoncio-ii-hueso-alveolar.html>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Ortodoncia>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Ortopedia>
- <http://es.mimi.hu/medicina/perioral.html>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Aparato_estomatogn%C3%A1tico

ANEXOS

Anexo 1.

Autor: Christian A. Ortega



Charla a los estudiantes de la escuela.

Autor: Christian A. Ortega



Estudiantes atendiendo las charlas de prevención.

Autor: Christian A. Ortega



Realizando examen intra y extra oral

Autor: Christian A. Ortega



Observación de las clases de Angle.

Autor: Christian A. Ortega



Revisión de presencia de anomalías en las manos.

Autor: Christian A. Ortega



Observación de la pronunciación de fonemas durante el examen clínico.

Anexo 2.

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CHIMBORAZO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Habitos perniciosos en los alumnos de la Escuela General Córdova

Nombre del niño:

I. Examen extraoral

1. Dedos	Limpios	Con alteraciones
2. Labios		
a) Labio superior	Normal	Labio corto
b) Cierre labial	Normal	Alterado
c) Labio inferior	Normal	Grueso y evertido
d) Irritación de piel cercana al labio inferior	SI	NO
3. Nariz		
a) Aletas nasales	redondeadas	aplanadas
b) Al sellar los labios	respiración normal	respiración se acelera o es insuficiente

II. Examen intraoral

1. Lengua		
En fonación	Normal	Interpuesta
2. Oclusión		
A. Arcadas por separado		
a) Arcada superior		
Forma	Semicircular	Elíptica (comprimida)
Incisivos	Normales	Protruidos
B. Arcada inferior		
a) Incisivos	Normales	Retruidos
C. Arcadas en oclusión		
a) En sentido transversal		
Normal	Vis-à-vis	Mordida cruzada
b) En sentido sagital		
Relación de los molares		
Neutroclusión	Distocclusión	Mesioclusión

Encuesta sobre malos hábitos orales a padres de preescolares

Nombre del niño:

.....

Fecha de nacimiento:

.....

Succión: su hijo:

2. ¿Usa chupete? SI NO

3. ¿Se chupa el dedo? SI NO

Ocasión:

Cuando está aburrido Al dormir Todo el día

4. ¿Su hijo succiona el labio? SI NO

5. ¿Su hijo succiona algún SI NO

otro objeto como esfero,

lápiz, etc.? (cuáles)

Respiración:

6. ¿Su hijo respira por la SI NO
boca?

7. Su hijo permanece con la SI NO
boca abierta:

Durante el día y la noche Sólo durante la noche