



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención de título de:

Odontólogo.

Tema:

Hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la Unidad Educativa María

Inmaculada del cantón Portoviejo, en el periodo 2014 - 2015.

Autor:

Winstong Gustavo Martínez Chávez.

Directora de la tesis:

Dra. Patricia Bravo Cevallos. Mg. Ge.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Dra. Patricia Bravo Cevallos, certifica que la tesis titulada “Hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la Unidad Educativa María Inmaculada de cantón Portoviejo”, es trabajo original de Winstong Gustavo Martínez Chávez, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....

Dra. Patricia Bravo Cevallos Mg. Ge.

Directora de tesis

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la Unidad Educativa María Inmaculada de cantón Portoviejo.

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana Mg. Gs.
Directora de la carrera.

Dra. Patricia Bravo Cevallos Mg. Ge.
Directora de tesis.

Od. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs.
Miembro del tribunal.

Od. Angélica Miranda Arce Mg. Gs.
Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA TESIS.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo sobre “Hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la Unidad Educativa María Inmaculada de cantón Portoviejo”, constituye una elaboración personal y exclusivamente del autor, realizada únicamente con la dirección de la directora de tesis.

Winstong Gustavo Martínez Chávez.

AGRADECIMIENTO.

Mi más sincero agradecimiento a mi madre Dra. Flor Mirella Chávez Paz por ser apoyo incondicional en todo momento de mi vida.

Winstong Gustavo Martínez Chávez.

DEDICATORIA.

Esta tesis va dedicada a mi madre, hermanos, novia y amigos que estuvieron apoyándome en todo momento.

Winstong Gustavo Martínez Chávez.

RESUMEN.

Los Hábitos Bucales Deformantes son aquellos que pueden producir interferencias en el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, y a consecuencia de ello, anomalías en la morfología y fisiología bucal. La importancia del estudio radicó en caracterizar los hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la Unidad Educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo en el año 2014 - 2015.

Para lograr este objetivo se determinó la prevalencia de hábitos bucales deformantes en los niños de la Unidad Educativa María Inmaculada y luego se identificaron de acuerdo a las variables demográficas. Se realizaron fichas de observación a los estudiantes de 7 a 12 años y encuestas a sus representantes, el universo de estudio incluyó 84 personas, en el cual se determinó los hábitos bucales deformantes, tomando en cuenta las variables que se operacionalizan.

Con ello se pudo concluir que dentro de los infantes encuestados una cantidad considerable presentaron diferentes tipos de hábitos bucales deformantes prevaleciendo el hábito de morder seguido por el de respiración bucal. Para lo cual fue necesario aplicar ciertas recomendaciones, entre ellas: planificar un programa educativo para los representantes con el fin de promover medidas preventivas acerca de los malos hábitos bucales, así como realizar un programa de promoción y prevención de los hábitos bucales deformantes en los niños de la Unidad Educativa María Inmaculada, como se detalla al final de la investigación.

ABSTRACT.

Oral Habits deforming are those that may interfere with the process of growth and development of the oral cavity, as a result, abnormal morphology and oral physiologism. The importance of the study moved to characterize deforming oral habits in children 7-12 years of educational unit Mary Immaculate Portoviejo Canton in 2015.

To achieve this goal deforming oral habits present was identified in children Unidad Educativa María Inmaculada and then deforming the prevalence of oral habits in children aged María Inmaculada Canton Portoviejo unit was determined. Students from 7-12 years, the universe of study included 88 people, which deforming oral habits was determined by taking into account the variables are operationalized observation forms were performed.

With this it was concluded that in infants considerable respondents had different types of deforming oral habits prevail Biting followed by oral breathing. For it was necessary to implement certain recommendations, including: planning an educational program for representatives to promote preventive measures about bad oral habits, and perform a program of promotion and prevention deforming oral habits in children Unidad Educativa María Inmaculada, as detailed at the end of the investigation.

INDICE.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	II
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.	III
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA TESIS	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN.	1
CAPITULO I.	3
1.Problematización.....	3
1.1. Tema de la investigación.	3
1.2. Formulación del problema.	3
1.3. Planteamiento del problema.	3
1.3. Preguntas de la investigación.	5
1.4. Delimitación del problema.....	5
1.5. Justificación.	5
1.6. Objetivos.....	6
1.6.1. Objetivo General.	6
1.6.2. Objetivo Específico.	6

CAPÍTULO II.....	7
2. Marco Teórico: Referencial y Conceptual.....	7
2.1. Hábitos bucales.....	7
2.1.1. Definición.....	7
2.1.2. Consecuencias.....	9
2.2. Succión digital.....	14
2.2.1. Definición.....	14
2.2.2. Etiología.....	15
2.2.3. Consecuencias y aspectos clínicos.....	16
2.2.4. Etapas.....	16
2.2.5. Clasificación.....	17
2.2.6. Tratamiento.....	17
2.3. Respiración bucal.....	19
2.3.1. Definición.....	19
2.3.2. Etiología.....	19
2.3.3. Consecuencias y aspectos clínicos.....	20
2.3.4. Tratamiento.....	22
2.4. Deglución atípica.....	23
2.4.1. Definición.....	23
2.4.2. Etiología.....	24
2.4.3. Consecuencias y aspectos clínicos.....	24

2.4.4.	Tratamiento.	25
2.5.	Hábitos de morder.	26
2.5.1.	Definición.	26
2.5.2.	Etiología.	27
2.5.3.	Tratamiento.	27
2.5.4.	Clasificación:	28
2.5.4.1.	Morder objetos.	28
2.5.4.1.1.	Definición.	28
2.5.4.2.	Onicofagia.	28
2.5.4.2.1.	Definición.	28
2.5.4.2.2.	Aspectos clínicos.	29
2.5.4.2.3.	Tratamiento.	29
2.5.4.3.	Queilofagia.	30
2.5.4.3.1.	Definición.	30
2.5.4.3.2.	Aspectos clínicos.	30
2.5.4.4.	Bruxismo	30
2.5.4.4.1.	Definición.	30
2.5.4.4.2.	Etiología.	31
2.5.4.4.3.	Aspectos clínicos.	31
2.5.4.4.4.	Tratamiento del bruxismo.	32

CAPÍTULO III.....	33
3. Marco metodológico.....	33
3.1. Tipo de investigación.....	33
3.2. Métodos.....	33
3.3. Técnicas.....	33
3.4. Instrumento.....	33
3.5. Marco administrativo.....	33
3.5.1. Recursos humanos.....	33
3.5.2. Recursos materiales.....	34
3.5.3. Recursos tecnológicos.....	34
3.5.4. Recursos económicos.....	34
3.6. Población y muestra.....	34
3.7. Recolección de la información.....	34
3.8. Procesamiento de la información.....	35
3.9. Ética.....	45
CAPÍTULO IV.....	36
4. Análisis e interpretación de los resultados.....	36
Recuento cuadro 1.....	36
Gráfico No.1.....	36
Recuento cuadro 2.....	38

Gráfico No. 2.	38
Recuento cuadro3.....	40
Gráfico No.3.	40
Recuento cuadro 4.....	42
Gráfico No. 4.	42
Recuento cuadro 5.....	44
Gráfico No. 5.	44
Recuento. Cuadro 6.....	46
Gráfico No. 6.	47
Recuento. Cuadro 7.....	50
Gráfico No. 7.	50
Recuento cuadro 8.....	52
Gráfico No. 8.	52
Recuento. Cuadro 9.....	54
Gráfico No. 9.	54
Recuento cuadro 10.....	56
Gráfico No. 10.	56
Recuento cuadro 11.....	58
Gráfico No. 11.	58
Recuento cuadro 12.....	60
Gráfico No. 12.	60
Recuento cuadro 13.....	62

Gráfico No. 13.	62
Recuento. Cuadro 14.	64
Gráfico No. 14.	64
CAPÍTULO V.	65
5. Conclusiones y Recomendaciones.	65
5.1. Conclusiones.	65
5.2. Recomendaciones.	65
CAPÍTULO VI.	66
6. Propuesta.	66
Anexos.	70
Bibliografías	

INTRODUCCIÓN.

La presente tesis es una investigación con el tema: Hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la Unidad Educativa María Inmaculada, del cantón Portoviejo; tuvo como propósito conocer los hábitos presentes en los estudiantes de la Unidad Educativa y que hábitos son de mayor prevalencia.

La investigación fue bibliográfica y de campo ya que se recopiló información de libros e internet, y también se observó directamente la población. En la investigación se utilizaron técnicas de observación y encuestas. En el primer capítulo se explica la formulación del problema donde se caracteriza los hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la Unidad Educativa María Inmaculada.

En el estudio se observó el planteamiento del problema en el cual se analizan que los hábitos bucales son un problema de salud bucal de alta prevalencia. Se justificó el porqué de la investigación, su importancia, el propósito, sus beneficios y quiénes fueron los beneficiarios con la investigación. Además se describe la formulación de los objetivos, tanto del objetivo general, como el objetivo específico. El objetivo general consiste en determinar la prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños de la Unidad Educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo y el objetivo específico identificar los hábitos bucales deformantes de acuerdo a las variables demográficas presentes en los niños de la Unidad Educativa María Inmaculada.

También se estudió todo lo relacionado con el marco teórico, iniciando con el marco institucional; se explica lo que es un hábito, definición de los malos hábitos bucales con sus consecuencia, sus diferentes tipos y su etiología, tratamientos; los hábitos asociados como: deglución atípica, respiración bucal, hábitos de morder y se

describe los diferentes tratamientos. Se explica sobre las alteraciones bucodentales que presentan los niños con hábitos bucales deformantes, entre las cuales se encuentran, maloclusión, mordida abierta, mordida cruzada, protrusión superior, y apiñamiento dental.

Se detalla la metodología de la investigación, los métodos utilizados para realizar la misma, el tipo de investigación, las técnicas que se utilizaron, los instrumentos, recursos y los materiales. Así mismo se detalla la población y el tamaño de la muestra y el tipo de muestreo que se utilizó.

Continuando con el análisis de los diferentes resultados obtenidos de las fichas de observación y encuestas representados en los cuadros y gráficos.

Finalizando con las conclusiones, recomendaciones y la propuesta.

CAPITULO I.

1. Problematización

1.1. Tema de la investigación.

Hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la Unidad Educativa María Inmaculada de cantón Portoviejo.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es la caracterización de los Hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la unidad educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo?

1.3. Planteamiento del problema.

Analizando el artículo de, Cepero, Hidalgo, Duque De Estrada y Pérez ¹ (2007), podemos entender que:

De todos es conocida que para el logro de la salud bucal resulta el control de hábitos bucales deformantes (HBD) muy común en los niños y que puede considerarse normal hasta los 2 años y medio, después de esta edad debe eliminarse, por su repercusión en el desarrollo de maloclusiones que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social y económico por lo costoso de estos tratamientos. (Sección de, Introducción, ¶ 3).

Analizando el artículo de, Cepero, Hidalgo, Duque De Estrada y Pérez ² (2007), podemos entender que a causa de los hábitos bucales deformantes:

La maloclusión a nivel mundial ocupa el tercer lugar dentro de las afecciones del aparato estomatognático, precedido por las caries y las periodontopatías, y es considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los denominados problemas de salud. (Sección de, Introducción, ¶ 4).

Analizando la obra de Rojas³ (2001), podemos conocer que en Chile:

¹Cepero, Z.; Hidalgo, I.; Duque De Estrada, J.; Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Rev Cubana Estomatol.* [En línea]. Consultado: [09, enero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci_arttext

²Cepero, Z.; Hidalgo, I.; Duque De Estrada, J.; Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Rev Cubana Estomatol.* [En línea]. Consultado: [09, enero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci_arttext

La prevalencia de malos hábitos orales encontrada fue de un 50,2 por ciento, dentro de éstos el mayor porcentaje correspondió a la respiración bucal con un 34,5 por ciento, seguido por la interposición de objetos y onicofagia con un 16,6 por ciento y por la interposición lingual con un 12 por ciento. (p.9).

Analizando el artículo de, Medigraphic⁴ (2007), podemos entender que:

Se examinaron 135 niños mexicanos con dentición mixta en edades de 6 a 12 años, con el fin de evaluar la frecuencia de maloclusión y su posible asociación con hábitos orales perniciosos. Manifestándose una predisposición hacia la clase I relación molar para el sexo femenino con un 71%, con respecto a otro tipo de maloclusión se encontró desviación de la línea media 10% y apiñamiento 10%, así mismo para hábitos bucales perniciosos encontramos onicofagia con un 41% para la clase I afectando a niños de 11 años con preferencia por el sexo femenino con $p = 0.021$, respiración bucal 20% y empuje lingual 14%. (Sección, de Resumen, ¶ 1).

Analizando el artículo de Aleman, Gonzalez, Diaz y Delgado⁵ (2007), podemos entender que en cuba:

Se realizó un estudio de corte o transversal para determinar la presencia de los hábitos bucales deformantes y la influencia de estos en el plano poslácteo. El hábito de mayor prevalencia fue la succión del tete, que representó el 49 % del total de niños con estos hábitos, seguidos por la respiración bucal con el 39 % y la interposición lingual en deglución con el 38,5 % de estos niños. Se encontró una estrecha relación entre los hábitos bucales deformantes y la presencia del escalón distal desfavorable al nivel de los segundos molares temporales, sobre todo en los hábitos de interposición lingual en deglución y en reposo.

Se desconocen los hábitos bucales deformantes presentes en los niños de 7 a 12 años de la unidad educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo y sus consecuencias en sus portadores.

³ Rojas, V. (2001) Prevalencia de malos hábitos orales y respiración bucal en niños de 5 a 17 años del área de Santiago Centro. Biblioteca virtual em saúde. 19(1):9-19. Extraído el 28 abril de 2014 desde <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=300068&indexSearch=ID>

⁴ Medigraphic. (2007). Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=1403>

⁵ Aleman, P; Gonzalez, D; Diaz, L y Delgado, Y. (2007). Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. *Rev cubana estomatol.*

1.3. Preguntas de la investigación.

¿Cómo se caracterizan los hábitos bucales deformantes en niños de la unidad educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo?

¿Cuáles son los hábitos bucales deformantes que prevalecen en los niños de la unidad educativa María inmaculada del cantón Portoviejo?

1.4. Delimitación del problema.

1.4.1. Delimitación espacial.

El estudio se realizó con los niños de 7 a 12 años de la Unidad Educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo.

1.4.2. Delimitación temporal.

Se ejecutó desde noviembre 2014 hasta mayo 2015.

1.5. Justificación.

Al hablar de hábitos bucales deformantes nos referimos a malos hábitos, que como menciona Alves⁶ (2002): “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 ámbito inconsciente” (p. 69).

Todo hábito bucal deformante puede causar alteraciones en la oclusión y en el complejo bucomaxilofacial y por tanto esta investigación ayuda a diagnosticar tempranamente las desviaciones de la normalidad e intervenir para reconducirlas hacia el destino correcto de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático.

⁶ Alves, R. (2002). Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Pablo: Artes medicas LTDA.

La investigación despertó el interés ya que en la Unidad Educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo se desconocía alguna investigación en donde se hayan determinado los hábitos bucales deformantes en los niños de 7 a 12 años.

Esta investigación se realizó en niños de 7 a 12 años debido a que esta es una edad apropiada y de preferencia para corregir las alteraciones producidas por los hábitos bucales deformantes y evitar las complicaciones de las alteraciones bucomaxilofaciales que hoy en día es muy común ver estos casos sin tratamiento preventivo.

Esta investigación fue factible ya que la unidad educativa María Inmaculada brindó la facilidad de trabajo mostrándose muy interesados ya que la investigación beneficiara en primer lugar a sus estudiantes. Además esta investigación brinda un aporte muy importante en conocimientos científicos para el bien de la comunidad ya que se aporta información muy valiosa a cerca de los cuidados sobre la salud oral en su totalidad, en donde los niños van a ser los principales beneficiados por el trabajo y los padres se beneficiaran también ya que evitaran tratamientos más costosos posteriormente.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo General.

Determinar la prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños de la unidad María Inmaculada del cantón Portoviejo.

1.6.2. Objetivo Específico.

Identificar los hábitos bucales deformantes de acuerdo a las variables demográficas presentes en los niños de la unidad educativa María Inmaculada.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico: Referencial y Conceptual.

2.1. Hábitos bucales.

2.1.1. Definición.

Analizando la obra de Arizaleta⁷ (2003), podemos entender que:

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

Analizando el artículo de EcuRed⁸ (2015), podemos entender que:

Los hábitos bucales son patrones neuromusculares de naturaleza muy compleja, que se aprenden; y se definen como “la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por la repetición frecuente del mismo”; con la característica que inicialmente puede ser un acto voluntario o consciente, y posteriormente se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga. (Sección de, Hábitos bucales, ¶1).

Los Hábitos Bucles Deformantes son aquellos que pueden producir interferencias en el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, y a consecuencia de ello, anomalías en la morfología y fisiologismo bucal. De acuerdo a la edad del paciente, su biotipo y la duración e intensidad con que se realice el hábito, así serán las anomalías dentomaxilofaciales que se presenten. (Sección de, Hábitos bucales, ¶1).

Analizando el artículo de Martínez, Garza, Martínez, Treviño, Rivera⁹ (2011), podemos entender que:

Los hábitos orales son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una sucesión de actos que sirven para serenar una necesidad emocional. Estos hábitos son muy diversos, dentro de los más frecuentes se pueden incluir la succión digital de uno o más dedos y la succión de chupón, entre otros. La

⁷ Arizaleta, L. (2003). La lectura, ¿Afición o hábito? [En línea]. Consultado: [09, enero, 2015] Disponible en: http://www.anayainfantilyjuvenil.es/catalogos/capitulos_promocion/IJ00132101_9999980571.pdf

⁸ EcuRed. (2015). Hábitos bucales. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/H%C3%A1bitos_bucles

⁹ Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr.* [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

succión se considera un reflejo normal en lactantes. La prevalencia de estos hábitos está relacionada con la edad del niño, ya que en edades entre 2-6 años, hábitos como la succión digital y del chupón o mamila está ampliamente extendida, después de los 6 años la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica son los que prevalecen. (Sección de, Introducción ¶ 1).

Analizando el artículo de Martínez, Garza, Martínez, Treviño, Rivera¹⁰ (2011), podemos entender que:

No se ha determinado un factor etiológico específico, aunque algunos autores mencionan que el hábito oral, surge como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales; asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención; otras causas son debido al confort, placer, relajación en el infante; finalmente por anomalías en el maxilar (deformación y falta de desarrollo) y mal posición de los dientes. (Sección de, Introducción ¶ 2).

Analizando el artículo de Cepero, Hidalgo, Estrada, Pérez¹¹ (2007), podemos entender que:

Los hábitos deletéreos o deformantes que son causantes de maloclusión dentaria y que más frecuentemente se observan son:

Succión del pulgar u otros dedos.

Empuje o protracción lingual.

Respiración bucal. (Sección de, introducción, ¶ 13).

Analizando el artículo de Martínez, Garza, Martínez, Treviño, Rivera¹² (2011), podemos entender que:

¹⁰ Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr.* [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

¹¹ Cepero, Z. Hidalgo, I. Estrada, J. Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista cubana estomatológica.* [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-75072007000400007&script=sci_arttext

¹² Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr.* [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

El tratamiento para controlar los hábitos orales, incluyen la capacitación a los padres del paciente, técnicas para modificar el comportamiento, terapia miofuncional y terapia con aparatología. El objetivo terapéutico va dirigido a eliminar el hábito y prevenir los efectos nocivos colaterales en el complejo dentofacial. (Sección de, Discusión ¶ 6).

Analizando la obra de Alves¹³ (2002), podemos entender que:

El mal hábito es el resultado de la repetición de una manifestación no deseada, que en frecuencia de la práctica puede instalarse pasando al ámbito inconsciente. Hay consenso en aceptar que el mal hábito proporciona satisfacciones, por ser agradable al que lo practica, y en algunos casos sin manifestaciones minimizantes subestimadas de procesos de ansiedad. El efecto de la manifestación repetitiva y de la satisfacción que depara es lo que determina la instalación del hábito. Son por tanto, expresiones viciosas de aspecto físico, motor y de satisfacción psicoemocional. (p. 69- 70).

Analizando la revista de Muller y Soledad¹⁴ (2014), podemos entender que:

Cuanto se afecte el crecimiento de las estructuras orofaciales, dependerá de la frecuencia, duración, intensidad y de la dirección de la fuerza aplicada al realizar esta contracción muscular de manera reiterada. Es por esto que en la prevención de las maloclusiones es importante diagnosticar, controlar y eliminar oportunamente la instalación de un mal hábito oral. Dentro de los malos hábitos que podemos encontrar a nivel oral están los hábitos de succión, interposición y respiración. (p.382).

Los malos hábitos orales más frecuentes en la consulta del Ortodoncista son:

Succión: A- Succión digital B- Succión de chupete.

Interposición de labio inferior.

Deglución infantil.

Respiración bucal. (p.382).

2.1.2. Consecuencias.

Analizando el artículo de Reyes, Rosales, Roselló, García¹⁵ (2006), podemos entender que:

¹³ Alves, R. (2002). Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Pablo: Artes medicas LTDA.

¹⁴Muller, R. & Soledad, P. (2014). Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas, los hábitos bucales incorrectos o deformantes son una de las más frecuentes. Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. (Sección de, Introducción, ¶ 22).

Observando la obra de Harfin¹⁶ (2005), podemos entender que los hábitos bucales deformantes:

En ocasiones pueden ser nocivos para la postura y la relación de las bases óseas, la oclusión, la posición de los dientes y el equilibrio de la articulación cráneo-mandibular. Entre ellas se hallan la interposición lingual, la succión digital, los contactos prematuros, el bruxismo.

Analizando la revista de Muller y Soledad¹⁷ (2014), podemos entender que “La importancia radica en que desvían el crecimiento y desarrollo craneofacial de su patrón normal de crecimiento y producen deformaciones faciales, y/o dento-esqueléticas”. (p.382).

Investigando la obra de Palma & Sánchez¹⁸ (2007), menciona que:

Existen hábitos que contribuyen al desarrollo de maloclusiones, porque producen la rotura del equilibrio neuromuscular que se establece entre las fuerzas externas ejercidas por los músculos (buccinador y orbiculares) y las fuerzas internas mantenidas por la lengua.

Los hábitos bucales deformantes pueden alterar la oclusión normal tal como menciona Quirós¹⁹ (2000), donde se consideran los siguientes: “hábitos de succión, respiración

¹⁵ Reyes D. Rosales K. Roselló O. García D. (2006). Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 – 2005. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/habitos_bucales_deformantes.asp

¹⁶ Harfin, J. (2005). Tratamiento ortodóntico en el adulto [En línea]. Consultado: [06, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=Lwb39EunGeIC&pg=PA7&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOF9C8qwgTio4SoDg&sqi=2&ved=0CCkQ6AEwAg#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

¹⁷ Muller, R. & Soledad, P. (2014). Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

¹⁸ Palma, A., & Sánchez, F. (2007). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&pg=PA301&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOF9C8qwgTio4SoDg&sqi=2&ved=0CDoQ6AEwBQ#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

bucal, hábitos de deglución anormal y hábitos de fonación anormal” (p. 13), como factores influyentes sobre el normal desarrollo de la oclusión.

Analizando el artículo de Cepero, Hidalgo, Estrada, Pérez²⁰ (2007), podemos entender que:

Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla, el equilibrio físico o psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de comportarse socialmente y los hacen manifestarse tímidos, retraídos, apartados y hasta agresivos. (Sección de, introducción, ¶ 5).

Analizando el artículo de Cepero, Hidalgo, Estrada, Pérez²¹ (2007), podemos entender que:

La maloclusión a nivel mundial ocupa el tercer lugar dentro de las afecciones del aparato estomatognático, precedido por las caries y las periodontopatías, y es considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los denominados problemas de salud. (Sección de, introducción, ¶ 4).

Analizando el manual de Manns y Biotti²² (2006), podemos conocer que la oclusión ideal:

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

¹⁹ Quirós, O. (2000). Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva. Caracas – Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A.

²⁰ Cepero, Z. Hidalgo, I. Estrada, J. Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista cubana estomatológica*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-75072007000400007&script=sci_arttext

²¹ Cepero, Z. Hidalgo, I. Estrada, J. Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista cubana estomatológica*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-75072007000400007&script=sci_arttext

²² Manns y Biotti. (2006). Manual Práctico de Oclusión Dentaria. Caracas – Venezuela: Amolca

Los hábitos son actos adquiridos por repetición regular de un mismo tipo, que en un principio puede ser consciente e inconsciente. Los hábitos bucales deformantes son aquellos que alteran la musculatura de la boca y aportan de forma negativa en el desarrollo estomatognático, en el caso de que exista el hábito la posibilidad de que haya la mal oclusión dependerá de la edad, frecuencia, duración e intensidad con que se practica el hábito.

Los hábitos deformantes de mayor prevalencia en la etiología de las mal oclusiones son: succión digital, respiración bucal, interposición lingual, deglución atípica, hábitos de postura, hábitos de morder, hábitos de morder objetos, hábitos de la masticación, bruxismos.

Analizando la obra de Cuevas²³ (2008) conocemos que:

Un factor de riesgo, es una característica, aspecto de la conducta o una exposición ambiental, asociado con la enfermedad, en donde su presencia hace que la probabilidad de padecer la enfermedad aumente y su eliminación la disminuye. Dentro de estos, aquellos factores de riesgo que no pueden ser modificados como la edad, sexo, raza o genética y se utilizan para identificar grupos de riesgo, a este tipo de factores se les denomina determinantes de riesgo. (p. 14).

Analizando el artículo de Caballero, Maya, Vega, Mora,²⁴ (2007), podemos entender que:

Algunos factores de riesgo se encuentran presentes durante el crecimiento del niño y ejercen su influencia en el desarrollo de los maxilares y la dentición. (Sección de, Resumen, ¶ 1).

La maloclusión no tiene una causa única; involucra muchos factores diferentes, incluyendo factores genéticos y ambientales. Los niños que se chupan el pulgar o los dedos después de cumplir los 5 años tienen más probabilidades de desarrollar maloclusión. Los niños con muy poco espacio entre los dientes primarios (dientes de leche) corren el riesgo de tener problemas de maloclusión cuando aparezcan sus dientes permanentes, puesto que estos últimos son más grandes y necesitan más espacio. Según los Institutos Nacionales de la Salud (*NIH*, por su sigla en inglés), son muy pocas las personas que tienen una oclusión perfecta. Sin embargo, la mayoría de las anomalías de oclusión son tan leves que no requieren tratamiento. (Sección de, Introducción, ¶ 2).

²³ Cuevas, B. (2008). Identificación de factores y marcadores moleculares de riesgo para cáncer oral. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/BETZAIDACUEVASCORDOBA.pdf>

²⁴ Caballero, K., Maya, B., Vega, M., Mora, C. (2007). Revista Cubana de Estomatología. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400003&script=sci_arttext

Analizando el artículo de Martínez, Garza, Martínez, Treviño, Rivera²⁵ (2011), podemos entender que:

Es recomendable que en acuerdo con los padres o tutores, no se debe de hablar de castigos, sino más bien de premios y el dentista puede hacer un compromiso al respecto con el niño; se puede ayudar con el uso de fotografías y según la edad del paciente, se les alecciona de las consecuencias de los malos hábitos. También, se pueden utilizar estrategias terapéuticas sencillas, bandas adhesivas en los dedos, guantes en ambas manos a la hora de dormir y en algunos casos para las niñas, un manicure profesionalmente hecho, puede ser suficiente para eliminar el hábito. (Sección de, Discusión ¶ 7).

Analizando la revista de Muller y Soledad²⁶ (2014), podemos entender que existen algunos dispositivos intraorales que ayudan a recuperar la correcta función:

QUAD HELIX antidedo. Aparato de ortodoncia metálico fijo, consiste en dos bandas molares soldados a una parrilla de alambre, que impide que el dedo toque el paladar con lo cual no se puede hacer el vacío para la sujeción del dedo contra el paladar. (p.386).

Aparatos con rejilla lingual. Es una estructura metálica, que va sobre el paladar, a nivel de las arrugas palatina. Esta rejilla puede ir soldada a bandas metálicas que se cementan en los molares superiores o puede ser un aditamento de una placa removible. Su función es impedir que la lengua se ubique en una posición anterior a ella, eliminando así la interposición lingual en reposo y deglución. (p.386).

Escudillo vestibular Es un aparato que se utiliza en los pacientes con interposición de labio inferior, diseñado para separar los tejidos del labio inferior, de la cara vestibular de los incisivos inferiores, permitiendo una reeducación neuromuscular del labio, adoptando éste un mejor posición, para no presionar ni interferir con los incisivos inferiores, y de esta forma facilitar el cierre labial. Puede ser adosado a un aparato removible o se puede soldar de manera fija a bandas cementadas en los molares inferiores. (p.387).

Placa acrílica inferior elevadora de lengua. Es una placa removible de uso parcial. Su función consiste en ubicar la lengua en una posición más elevada, esto mediante una aleta acrílica que le da apoyo a la lengua en una posición más alta, de la que habitualmente adopta la lengua en el piso de la boca (en pacientes con lengua descendida). Esta nueva posición lingual permite a los

²⁵ Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr.* [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

²⁶ Muller, R. & Soledad, P. (2014). Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

músculos elevadores de la lengua, los que en la posición anómala baja, habitualmente se encuentran contraídos, logren la elongación favorable para los movimientos linguales. El frenillo lingual también se beneficia adquiriendo más movilidad y elongación. (p. 387).

Quad Helix. Aparato de ortodoncia metálico fijo, diseñado para lograr una expansión ortopédica del maxilar, está formado por un alambre con cuatro dobleces helicoidales, soldados a bandas metálicas que se cementan en los molares superiores. Esta indicado en muchos de los pacientes respiradores bucales, cuando presentan un pobre desarrollo del piso nasal por falta de desarrollo transversal del maxilar. (p.387).

2.2. Succión digital.

2.2.1. Definición.

Analizando la obra de Posada, Álvaro, Gómez, Ramírez²⁷ (2005), se puede mencionar que la succión digital “Es el hábito oral más común. Se considera normal el hecho de que los lactantes succionen sus dedos; aproximadamente un 33% de los niños de dos años y medio mantienen el hábito de chuparse el dedo (más frecuentemente el pulgar)”. (p. 206).

Analizando la obra de Restrepo²⁸ (2009) entendemos que:

La succión digital es un comportamiento común en niños, que ha sido reportado en estudios científicos desde hace varios siglos. Consiste en succionar uno o varios dedos de una o ambas manos. 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. La prevalencia que citan los diferentes autores oscila entre el 1.7 y el 47%. Estas diferencias pueden explicarse por la edad a la que se realice el estudio, pues mientras en las primeras semanas de vida este hábito es muy frecuente al responder a un reflejo innato, conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye. Sin embargo, son pocos los estudios longitudinales al respecto, lo que hace que las conclusiones sean extraídas en su mayoría de estudios de sección cruzada, sin la adecuada evidencia. (p. 2).

²⁷ Posada., Álvaro, D., Gómez, J., Ramírez, H. (2005). El niño sano. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=k0wodPSaT4cC&pg=PA206&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOf9C8qwggTio4SoDg&sqi=2&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

²⁸ Restrepo, S. (2009). Tratamiento de succión digital en niños. Revisión sistemática. Ces Odontología. 2 (22). Recuperado el 28 de abril de 2014 desde <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/269>.

Analizando la obra de Borrás, Rosell²⁹ (2011), podemos entender que la: succión digital, dependerá de:

- La intensidad con la que se lo haga.
- La frecuencia (si es todo el día o solo de noche).
- La duración.
- El patrón morfo genético.
- El número de dedos que se succiona y la posición que tengan. (p. 26)

2.2.2. Etiología.

Analizando el artículo de Pérez, Reyes, Rodríguez, Espasandín³⁰ (2013), podemos entender que:

La succión digital presenta un patrón de conducta de naturaleza multivariada al que pueden dar origen distintas causas, reuniéndose muchas veces varias de ellas simultáneamente, dentro de las que se destacan la lactancia materna insuficiente, inseguridad del niño, cambios en el entorno familiar, la inmadurez emocional del niño entre otras. (p. 349).

Analizando la revista de Moreno & García³¹ (2012), podemos entender que “Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico”. (sección de, succión digital, ¶ 1).

Analizando la revista de Moreno & García³² (2012), podemos entender que “La psicología considera que la persistencia del hábito de succión digital puede deberse a una respuesta para afrontar el estrés, aunque especialistas consideran que solo es una respuesta de adaptación y no un desequilibrio psicológico”.

²⁹ Borrás, S., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA26&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOf9C8qwgTio4SoDg&sqi=2&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

³⁰ Pérez, K., Reyes, V., Rodríguez, Y., Espasandín, S. (2013). Revista de ciencias médicas. La Habana. Tratamiento del hábito de succión digital mediante la técnica de relajación. [En línea]. Consultado: [22, enero, 2015] Disponible en: <http://revemhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/608/1057>

³¹ Moreno, V., García, L. (2012). Revista colombiana de Investigación en Odontología. Acompañamiento familiar vs aparatología convencional en la corrección de hábitos de succión digital y deglución atípica. [En línea]. Consultado: [20, enero, 2015] Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/112/224>

³² Moreno, V., García, L. (2012). Revista colombiana de Investigación en Odontología. Acompañamiento familiar vs aparatología convencional en la corrección de hábitos de succión digital y deglución atípica. [En línea]. Consultado: [14, enero, 2015] Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/112/224>

2.2.3. Consecuencias y aspectos clínicos.

Investigando la obra de Plata, Leal³³ (2002) podemos entender que:

La prolongación de estos hábitos produce alteraciones y deformaciones en el crecimiento de los maxilares en las posiciones dentales y en la interrelación maxilomandibular tales como:

Mordida abierta anterior.

Mordida cruzada posterior.

Prognatismo maxilar superior.

Diastemas en dientes anteriores. (p. 499).

Analizando la obra de Buiraz, Líbera de Pedelaborde³⁴ (2013), podemos entender que: “Si la succión digital desaparece antes de la erupción de los incisivos permanentes, desaparecerá la mordida abierta, pero si este hábito persiste, se agravara la citada mordida”. (p.50).

2.2.4. Etapas.

Analizando el artículo de González, Guida, Herrera, Quirós³⁵ (2012), podemos entender que la succión podría explicarse en 3 etapas:

Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico): Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad. Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.

Esta succión se resuelve de manera natural. (Sección, de Hábito de succión digital, ¶ 4).

Etapa II (Succión del pulgar clínicamente significativa): De los 3 años a los 6 ó 7 años de edad. Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa. (Sección, de Hábito de succión digital, ¶ 5).

Etapa III (Succión del pulgar no tratada): Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros

³³ Plata, E., Leal, F. (2002). El pediatra eficiente. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=IXsYxj4zTDcC&pg=PA499&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOf9C8qwgTio4SoDg&sqi=2&ved=0CDMQ6AEwBA#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

³⁴ Buiraz, M., Líbera de Pedelaborde, M. (2013). Voz y tu voz. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=zls1Es0pPKOC&pg=PA50&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=kEK5VIXCK-ksATzroCwDA&ved=0CCUQ6AEwAjkK#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

³⁵ Gonzales M, Guida G, Herrera D, 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. Revisión bibliográfica. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

problemas. Requiere tratamientos ortodóntico y psicológico. (Sección, de Hábito de succión digital, ¶ 6).

2.2.5. Clasificación.

Analizando el artículo de González, Guida, Herrera, Quirós³⁶ (2012), podemos observar:

Tipos de hábitos de succión:

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. (Sección, de Tipos de hábitos de succión, ¶ 1).

Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos. (Sección, de Tipos de hábitos de succión, ¶ 2).

Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos. (Sección, de Tipos de hábitos de succión, ¶ 3).

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. (Sección, de Tipos de hábitos de succión, ¶ 4).

Succión de varios dedos: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión. (Sección, de Tipos de hábitos de succión, ¶ 5).

2.2.6. Tratamiento.

Analizando el artículo de Martínez, Garza, Martínez, Treviño, Rivera³⁷ (2011), podemos entender que:

³⁶ Gonzales M, Guida G, Herrera D, 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. Revisión bibliográfica. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

³⁷ Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr.* [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

En el caso que no sea posible eliminar el hábito por medio de recordatorios, se debe llevar a cabo la terapia de segunda fase, por medio de aparatología fija, esta consiste en una rejilla que no sea disciplinaria y que no tenga elementos punzantes. Como en algunos de los casos también se encuentra alterada la función de la lengua, es posible utilizar una rejilla que sea efectiva al mismo tiempo para la lengua y el dedo. La rejilla impedirá al dedo colocarse cómodamente en el paladar, lo que quitaría placer a la succión, el aparato no evita que el niño se ponga el dedo en el paladar, pero sí que obtenga satisfacción. Una segunda ventaja que se obtiene del aparato es que impide que la presión del dedo desplace los incisivos hacia labial, y mantiene la lengua en la parte posterior de la boca. En términos generales este tipo de instrumentos no representan ningún problema desde el punto de vista fonético y cuando se presentan, desaparecen al retirarlos. (Sección de, Discusión ¶ 8).

Analizando el artículo de Martínez, Garza, Martínez, Treviño, Rivera³⁸ (2011), podemos entender que:

Cuando el hábito de succión es tan fuerte que no sólo altera el segmento anterior sino también el posterior, produciendo una mordida cruzada, en estos casos se debe diseñar un aparato fijo que al mismo tiempo que ejerza su influencia sobre el hábito, produzca una ampliación del maxilar superior que corrija la mordida cruzada. (Sección de, Discusión ¶ 9).

Analizando el artículo de González, Guida, Herrera, Quirós³⁹ (2012), podemos observar:

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 (rejilla lingual).

Terapia miofuncionales el tono de la musculatura perioral. (Sección, de Tratamiento de la succión digital, ¶ 1).

³⁸ Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr.* [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

³⁹ Gonzales M, Guida G, Herrera D, 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. Revisión bibliográfica. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

3. Respiración bucal.

2.3. Respiración bucal.

2.3.1. Definición.

Investigando la obra de Sih., Sakano, Hayashi, Morelló⁴⁰ (1999), podemos entender que “el síndrome de respirador bucal (SRB) reproduce cuando el paciente, por muchas y distintas motivaciones, sustituye el patrón correcto de respiración, que es nasal, por un patrón de suplencia bucal o mixto”. (p.59).

Analizando la obra de Borrás, Rosell⁴¹ (2011), podemos comprender que:

Algunos autores distinguen la respiración oral o bucal del hábito de boca abierta, argumentando que muchos niños mantienen constantemente los labios separados por factores de incompetencia de la musculatura labial o por problemas de oclusión dentaria que les impiden mantenerlos juntos inconscientemente, sin que ello implique respiración bucal. Sin embargo, esto parece poco probable si pensamos en la posición de velo del paladar. Cuando respiramos por la nariz y la boca permanece cerrada sin que existan tensiones asociadas, el velo del paladar está relajado sin que se dé un cierre velo faríngeo. Si abrimos la boca y conscientemente evitamos que se nos escape el aire hacia la cavidad bucal, lo hacemos descendiendo la parte blanda del paladar cerrando dicho espacio. Es difícil mantener la boca entreabierta y con el paladar descendido para que no se dé una respiración oral, dado que es una posición de tensión y ha de ser consciente. Normalmente, la boca entreabierta va asociada a un tipo de respiración oral completo o parcial.

2.3.2. Etiología.

Analizando el artículo de Silva, Bulnes, Rodríguez⁴² (2014), podemos entender que “Respecto a la etiología de los problemas respiratorios, las causas principales de la

⁴⁰ Sih, T., Sakano, E., Hayashi, L., Morelló, G., (1999). Otorrinolaringología Pediátrica. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=IkqxF-9Cz4C&pg=PA59&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=OWzBVLf4JcHesAT134HODg&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

⁴¹ Borrás, S., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA26&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOf9C8qwgTio4SoDg&sqj=2&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

⁴² Silva, G., Bulnes, R., Rodríguez, L., (2014). Prevalencia de hábito de respiración oral como factor etiológico de maloclusión en escolares del Centro, Tabasco. [En línea]. Consultado: [15, enero, 2015] Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od146e.pdf>

respiración bucal son hipertrofia adenotonsilar, hipertrofia turbinal bilateral inferior, rinitis alérgica, septo desviación, asma y quistes”. (p. 286).

Analizando la obra de Borrás, Rosell, Rodríguez⁴³ (2014), podemos entender que:

Las causas que originan la respiración oral pueden ser orgánicas o funcionales. Entre las orgánicas, las más comunes son: los adenoides, las desviaciones del tabique nasal, un pasaje aéreo mal formado o alteraciones en el desarrollo óseo. Entre las funcionales, nos encontramos: las alergias, rinitis, inflamación de mucosas y resfriados frecuentes con obstrucción nasal. Después de corregir estas o aliviar estas causas, es frecuente que permanezca el hábito de respiración oral si no se enseña al niño cuál es el patrón correcto, dado que para él no existe todavía. (p. 31).

2.3.3. Consecuencias y aspectos clínicos.

Analizando el artículo de González, Guida, Herrera, Quirós⁴⁴ (2012), podemos entender que:

Durante la respiración bucal lo que se produce es que durante la inspiración y expiración, el aire pasa por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos. (Sección, de respiración bucal, ¶ 2).

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden ser:

Por obstrucción funcional o anatómica: existe la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal de aire a través de fosas nasales. (Sección, de etiología bucal, ¶ 1).

Entre los que se pueden encontrar deglución atípica, interposición lingual, succión e otros. (Sección, de etiología, ¶ 2).

⁴³ Borrás, S., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. [En línea]. Consultado: [09, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA31&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=3avLVKa8JfOHsOTpo4KgAw&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

⁴⁴ Gonzales M, Guida G, Herrera D, 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. Revisión bibliográfica. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

Investigando la obra de Ustrell, Durán⁴⁵ (2002), podemos entender que las causas que puede producir la respiración bucal son:

Etiobiodinamica: La posterorrotación mandibular (favorecida por la abertura bucal) conlleva una posición baja de la lengua, por pérdida de presión negativa en la cavidad bucal. En su inicio, es postural y acaba siendo real ya que los dientes se ajustan a esta posición y se extruyen.

Existirá también un cambio en los tirantes musculares (masetero y temporales). Al estirarse el masetero genera una tensión que actúa indirectamente sobre el arco cigomático, es decir, los huesos temporal y malar. Sobre el hueso malar tiene un efecto hacia abajo y hacia atrás.

De este modo, los efectos que se generan dependerán de si:

Respiración oral reciente: retrusión mandibular

Respiración oral prolongada: retrusión mandibular y maxilar

En resumen, a partir del hábito de respiración bucal nos encontraremos:

A nivel dental:

Una clase II molar y canina.

Un resalte extremo.

Una sobremordida, por la extrusión de los incisivos inferiores.

Y a nivel esquelético:

Una rotación posterior de la mandíbula.

Una retrusión mandibular.

Una ligera retrusión maxilar. (p.172).

Analizando el artículo de Cuevillas⁴⁶ (2005), podemos entender los signos y síntomas de la respiración bucal pueden ser:

Los trabajos sobre los problemas de respiración bucal relacionados con la salud general del individuo se remontan a inicio del siglo XIX. Dentro de los investigadores, sin duda el más importante de ellos es Pierre Robin, un médico francés que describió un conjunto de signos y síntomas (síndrome) en los pacientes que respiraban por la boca. De un modo simplificado, cita como consecuencias del respirador bucal desde problemas respiratorios serios hasta problemas cardíacos. Actualmente, algunos de los síntomas del síndrome del respirador bucal (SRB) son conocidos como Síndrome de Pierre Robin. (Sección de, signos y síntomas, ¶ 1)

El conjunto de características físicas comunes de estos pacientes, se conoce como Síndrome del Respirador Bucal o de Disfunción Respiratoria.

⁴⁵ Ustrell, J., Durán, J. (2002). Ortodoncia. [En línea]. Consultado: [10, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=nUiaFleaVAAC&pg=PA172&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=OWzBVLf4JcHesATI34HQDg&ved=0CC0Q6AEwAw#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

⁴⁶ Cuevillas, G. (2005). Caracterización actual del Síndrome del respirador bucal Revista Habanera de Ciencias Médicas, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana Cuba. [En línea]. Consultado: [19, enero, 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180417640006.pdf>

Posturas corporales atípicas
Aumento de las infecciones del aparato respiratorio.
Fascias adenoidea.
Cara larga y estrecha.
Estrechamiento de la arcada superior, paladar y narinas por falta de uso.
Paladar profundo y estrecho.
Arcada superior en forma triangular.
Labio superior hipotónico, corto y alto.
Encías hipertróficas.
Lengua en posición atípica, sin ejercer su función modeladora y con tonicidad alterada.
Olfato alterado y frecuente asociación con disminución del apetito y de la función gustativa.
Hiperplasia de los tejidos linfoides alrededor de la Trompa de Eustaquio.
Mala oxigenación cerebral que ocasiona dificultades de atención y concentración, con los consiguientes problemas de aprendizaje. (Sección de, Posturas corporales atípicas, ¶ 1).
También se pueden añadir otros signos comunes:
Ojos rojos.
Palidez y ojeras debido a la pobre circulación.
Nariz hacia arriba (saludo alérgico).
Labios agrietados, queilitis.
Hábito de contracción del músculo mentoniano (se frunce al tragar).
Postura del cuello hacia adelante y cabeza inclinada hacia atrás.
Habla imprecisa con exceso de salivación.
Frecuentes disfonías.
Deglución atípica y masticación ineficaz.
Frecuentes Clases II, mordida cruzada posterior o abierta anterior.
Protrusión de los incisivos superiores.
Hipo desarrollo de la mandíbula.
Hipotonía muscular local o general.
Disminución de las dimensiones torácicas.
Babeo y ronquidos nocturnos. (Sección de, Posturas corporales atípicas, ¶ 2).

2.3.4. Tratamiento.

Analizando el artículo de Ocampo, Johnson, Lema⁴⁷ (2013), podemos entender que:

El tratamiento del respirador oral requiere un enfoque multidisciplinario: puede requerir tratamiento quirúrgico si la causa es obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etcétera); interconsulta con otorrino para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, entre otros; interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla; tratamiento ortodóntico con aparatos de disyunción, corrigiendo la alteración transversal asociada con este hábito por medio de expansión rápida maxilar, terapia que ha demostrado ser efectiva en la morfología del arco dental superior, mejorando las dimensiones de la cavidad nasal y en resistencia

⁴⁷ Ocampo, A., Johnson, N., Lema, M. (2013). Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. [En línea]. Consultado: [18, enero, 2015] Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/434/435>

de las vías aéreas hasta un 45%. En el largo plazo los pacientes reportan una mejoría en la respiración nasal. (p. 88).

Analizando el artículo de Durán⁴⁸ (2013), podemos entender cómo tratar la respiración bucal:

En primer lugar, eliminar las causas que la provocan. Si aun así la respiración bucal persiste (hábito), hoy en día utilizamos los estimuladores nasales, unos tubos con un diseño muy sofisticado que favorece el paso del aire por la nariz y estimula los músculos dilatadores y elevadores del ala de la nariz. Se usan durante la noche. (Sección de, como tratar la respiración bucal, ¶ 1).

Los estimuladores nasales presentan una convexidad externa en el tubo, que rechaza hacia afuera las alas de la nariz, lugar donde se insertan los músculos que dilatan y elevan las alas de la nariz. Una lengüeta externa que presentan los estimuladores nasales generará unos estímulos en las inserciones de los músculos perinasales de las alas de la nariz. El paciente realizará ejercicios automatizados con las alas de la nariz y entrenará la musculatura perinasal. (Sección de, como tratar la respiración bucal, ¶ 2).

Los cambios logrados clínicamente son altamente relevantes, y pacientes con una nariz estrecha y colapsada durante la inspiración forzada, terminarán con una pirámide nasal proporcionada y una dilatación de las narinas correcta durante la inspiración. (Sección de, como tratar la respiración bucal, ¶ 3).

En algunos casos, como apoyo a los estimuladores nasales se aplican unos obturadores bucales nocturnos que obligan al paciente a respirar por la nariz (Sección de, como tratar la respiración bucal, ¶ 4).

Los resultados así obtenidos son claramente satisfactorios, y los pacientes con respiración bucal, que siempre están con los labios entreabiertos, acaban cerrándolos en posición de reposo. (Sección de, como tratar la respiración bucal, ¶ 5).

2.4. Deglución atípica.

2.4.1. Definición.

Analizando la obra de Sanchis y Clari⁴⁹ (2012), podemos conocer que:

⁴⁸ Durán, J. (2013). Tratamiento de la respiración bucal y el ronquido. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://www.saluspot.com/articulos/3266-tratamiento-de-la-respiracion-bucal-y-el-ronquido>

⁴⁹ Sanchis S & Clari V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. <http://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA33&lpg=PA33&dq=interposicion+lingual&source=bl&ots=XzNvTX2o3r&sig=3y9eScpvQ6hkCHa3cEEClar-LYI&hl=es-419&sa=X&ei=7UjtU7CFCuPIsATS8oKoAg&ved=0CC0Q6AEwAjgU#v=onepage&q=interposicion%20lingual&f=false>

La forma de deglutir con interposición de la lengua se caracteriza porque, en el momento de tragar, los dientes no se ponen en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos, pudiendo a veces interponerse lateralizada entre los molares y premolares. (p.33)

La interposición del labio inferior entre los dientes frontales, en el momento de deglutir, se presenta en los casos de extremo overjet (distancia horizontal existente entre los incisivos superiores y los inferiores cuando los dientes están en oclusión). (p.33).

2.4.2. Etiología.

Analizando el artículo de Lugo & Toyo⁵⁰ (2011), podemos entender que:

Etiología de la deglución atípica

Amígdalas hipertroficadas.

Macroglosia (la cual es poco frecuente).

Alimentación prolongada por medio de tetero.

Perdida prematura de los dientes temporales anteriores. (p. 6).

2.4.3. Consecuencias y aspectos clínicos.

Analizando la obra de García⁵¹ (2010) entendemos que:

Se caracteriza por labios separados e hiperactividad del labio inferior y el área mentoniana. Los dientes no contactan, debido a la presencia de la lengua que los separa. La mandíbula se mueve hacia atrás durante ésta deglución, junto con la lengua; acción que la aleja del maxilar, disminuyendo su estímulo sobre el arco superior, causando apiñamiento y maloclusión. La ATM⁵², es comprimida a medida que el cóndilo se mueve hacia atrás durante cada movimiento de la deglución atípica. (p. 4).

Analizando la obra de Sanchis y Clari⁵³ (2012), podemos entender que:

Nos encontramos con diferentes posibilidades: deglución con interposición lingual entre los dientes, con empuje sobre incisivos inferiores o superiores,

⁵⁰ Lugo, C., Toyo, I. (2011). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. [En línea]. Consultado: [19, enero, 2015] Disponible en: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/pdf/art5.pdf?](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/pdf/art5.pdf)

⁵¹ García, J. (2010). Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante terapias miofuncionales. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws". (4). Recuperado el 28 de abril de 2014 desde <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art21.pdf>.

⁵² Articulación Temporo-mandibular

⁵³ Sanchis S & Clari V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. <http://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA33&lpg=PA33&dq=interposicion+lingual&source=bl&ots=XzNvTX2o3r&sig=3y9eScpvQ6hkCHa3cEEClar-LYI&hl=es-419&sa=X&ei=7UjtU7CFCuPIsATS8oKoAg&ved=0CC0Q6AEwAjgU#v=onepage&q=interposicion%20lingual&f=false>

deglución con interposición del labio inferior, con succión labial, con contracción peribucal, etc. La más frecuente son la deglución con interposición lingual entre los incisivos, que provoca sobre todo mordidas abiertas anteriores, y la deglución con interposición del labio inferior contra los incisivos inferiores, relacionado con la Clase II a este nivel. (p. 33).

2.4.4. Tratamiento.

Analizando la obra de Bordoni, Escobar, Castillo⁵⁴ (2010), podemos entender que:

El tratamiento de la deglución atípica dependerá de la combinación de alguno de los tres factores siguientes:

Presencia de deglución atípica con empuje lingual.

Presencia de maloclusión.

Presencia de problemas de lenguaje.

Solo deglución atípica: no hay de 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 el otro. Una visita al terapeuta de lenguaje podría ser beneficiosa.

Deglución atípica y maloclusión: lo más indicado en estos casos es corregir la maloclusión primero y observar el desarrollo de la posición de la lengua durante el tratamiento ortodóntico y después de él. Si se mantienen la deglución atípica, se recomienda iniciar terapia durante el tratamiento ortodóntico.

Deglución atípica con maloclusión y problemas de lenguaje: se recomienda que la terapia de lenguaje, el tratamiento ortodóntico y el tratamiento de la deglución atípica se realicen casi simultáneamente. (p. 669).

Analizando el artículo de Cinteco⁵⁵ (2012), podemos entender que los factores de riesgo pueden ser:

El factor más relevante se refiere al uso del biberón, considerado una de las causas de la deglución atípica.

Asimismo, la satisfacción del bebé respecto a la alimentación tiene gran relevancia, ya que “si la alimentación al seno materno no es satisfactoria, el

⁵⁴ Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=oXr3kxs0fGcC&pg=PA669&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=3avLVKa8JfOHsOTpo4KgAw&ved=0CDoQ6AEwBQ#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

⁵⁵ Cinteco (2012). Deglución atípica. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <http://www.cinteco.com/profesionales/2012/12/27/deglucion-atipica/>

niño tenderá a chuparse el dedo después de alimentarse, a morderse las uñas, el labio, el pelo o colocarse objetos extraños en la boca.

Uso de alimentos triturados más allá de la edad adecuada. La alimentación blanda exige poca actividad de la musculatura perioral, “situándonos en la etapa de deglución infantil y potenciando en consecuencia la aparición de un aparato estomatológico inmaduro.

Hábitos orales nocivos: La persistencia de hábitos orales nocivos puede afectar tanto al patrón de crecimiento y desarrollo normal como a las funciones del sistema estomatognático. (Sección de, Factores de riesgo, ¶1).

Analizando el artículo de Cinteco⁵⁶(2012), podemos entender sobre la prevención de la deglución atípica pueden ser:

Ofrecer lactancia materna exclusiva siempre que sea posible. La lactancia materna se considera como un factor de protección en relación con las maloclusiones y contribuye a la prevención de las caries dentales”

No permitir el uso de chupete ni la succión digital más allá de los 3 años de edad. Hasta esta edad, los efectos que puedan haberse producido son mínimos y se corrigen naturalmente.

Enseñar al niño a respirar bien, y asegurarse de que no sufre obstrucciones nasales recurrentes.

Ofrecer al niño la alimentación adecuada a su edad, con oportunidades para ejercitar la musculatura masticatoria.

Acudir a los controles pediátricos estipulados para controlar el correcto desarrollo muscular, postural, etc.

Realizar revisiones odontológicas periódicas.

Acudir al profesional en cuanto se detecte la existencia de algún factor considerado de riesgo para el desarrollo de disfunciones orofaciales. Si se detecta y trata a tiempo, las consecuencias y los trastornos asociados son menores y la resolución más fácil y rápida.

La prevención nos ayuda a evitar las enfermedades (en este caso las anomalías del sistema estomatognático) mediante conductas consideradas saludables.

Revisiones periódicas para detectar las alteraciones en momentos iniciales, de manera que podamos intervenir precozmente y eliminarlas antes de que representen un problema importante.

2.5. Hábitos de morder.

2.5.1. Definición.

Analizando la obra de Sanchis y Clari⁵⁷ (2011), podemos entender que:

⁵⁶ Cinteco(2012). Deglución atípica. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <http://www.cinteco.com/profesionales/2012/12/27/deglucion-atipica/>

⁵⁷ Sanchis S & Clari V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. <http://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA33&lpg=PA33&dq=interposicion+lingual&source=bl&ots=XzNvTX2o3r&sig=3v9eScpvO6hkCHa3cEEClar-LYI&hl=es-419&sa=X&ei=7UjtU7CFCuPIsATS8oKoAg&ved=0CC0Q6AEwAjgU#v=onepage&q=interposicion%20lingual&f=false>

El acto de morderse las mejillas colocarse continuamente objetos en la boca para masticar, morderse el labio inferior, son también malos hábitos que interfieren en la oclusión y en la higiene en general, y que, en consecuencia, deben corregirse lo antes posible. (p.37).

Esto ocurre cuando los primeros dientes deciduos establecen oclusión y permiten función, hay niños que despedazan chupetes y así va reforzándose el hábito con el pasar de los meses cuando no es atendido, en etapas más avanzadas el niño comienza a morder lápices o el mango del cepillo de dientes, todo estos factores provocan graves modificaciones en la oclusión dental. El más común es la masticación unilateral, o la masticación con los segmentos anteriores de los arcos dentales.

Podemos citar a la goma de mascar (chicle), que siendo incontrolado se puede hacer como un hábito incorrecto de la masticación.

2.5.2. Etiología.

Analizando el artículo de Murrieta, Allendelagua, Pérez, Juárez, Linares, Meléndez, Zurita, Solleiro⁵⁸ (2011), podemos entender que:

Los niños, en particular, practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar. La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan los dientes entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

2.5.3. Tratamiento.

Analizando el artículo de Dental Mulet⁵⁹ (2013), podemos entender que:

El acto de morderse las mejillas, las uñas (Onicofagia), colocarse continuamente objetos en la boca para masticar, morderse el labio inferior, son malos hábitos que interfieren en la oclusión y en la higiene en general, y que, en consecuencia, deben corregirse lo antes posible. (Sección de, malos hábitos bucales, ¶1).

Cuando se tiene el mal hábito de morderse las uñas (Onicofagia), aparecen lesiones y desgastes en el relieve de los incisivos y en el esmalte. Este mal

⁵⁸ Murrieta, J., Allendelagua, R., Pérez, L., Juárez, L., Linares, C., Meléndez, A., Zurita, V., Solleiro, M., (2011). Boletín médico del Hospital Infantil de México. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462011000100004&script=sci_arttext

⁵⁹ Dental Mulet (2013). Malos hábitos bucales. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015]. <http://www.dentalmulet.com/malos-habitos-bucales-1353>

hábito tiene un origen ansioso, crea alteraciones dentarias y afecta también a la higiene de todo el aparato estomatognático (conjunto de órganos y tejidos que permiten comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir, sonreír, respirar, besar y succionar). (Sección de, malos hábitos bucales, ¶2).

La terapia de modificación de conducta ha sido utilizada ampliamente en el tratamiento de la onicofagia y es considerada la técnica más exitosa hasta el momento. También han sido utilizadas técnicas aversivas, como impregnar los dedos con sustancias amargas, protectores para los dedos, etc. (Sección de, malos hábitos bucales, ¶3).

Existe el tratamiento con férulas a modo de resina protectora: una vez colocada la férula en la boca del paciente, queda una mordida abierta interior que dificulta totalmente el contacto borde a borde de los dientes, con lo que la acción de morderse las uñas es prácticamente imposible.

El hábito de morder el labio (Interposición labial), generalmente el labio inferior, también puede causar problemas de mal posición dentaria causando que los dientes incisivos superiores tengan una posición más anterior y los incisivos inferiores una posición más posterior.

2.5.4. Clasificación:

2.5.4.1 Morder objetos.

2.5.4.1.2. Definición.

Analizando el artículo de Gill, Castilla, Belmont⁶⁰ (2006), podemos entender que “Christensen en 1981 demostró experimentalmente que el hábito de masticar objetos con los dientes, induce a la fatiga de la musculatura, a la debilidad muscular y al dolor”. (p.33).

2.5.4. 2. Onicofagia.

5.5.4.2.1. Definición.

Analizando el artículo de Psicoglobalia⁶¹ (2012), podemos entender que:

La onicofagia o morderse las uñas es un hábito y uno de los trastornos nerviosos más frecuentes, tanto en adultos como en niños. Es uno de los

⁶⁰Gill, C., Castilla, M., Belmont, L., (2006). Prevalencia de factores parafuncionales y la sintomatología dolorosa en pacientes portadores de prótesis parcial removible: un estudio comparativo basado en las diferentes clases de Kennedy. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1929/1936>

⁶¹ Psicoglobalia (2012).8 consejos para que no se muerdan las uñas. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015]. <http://www.psicoglobalia.com/tag/onicofagia/>

mecanismos que utilizamos para reducir la ansiedad, y que lo hacemos en momentos puntuales, ante situaciones de estrés, fatiga o aburrimiento, y que con el tiempo lo convertimos en un hábito, es decir, en un acto reflejo e inconsciente y difícil de abandonar. Aparece entre los tres y los seis años, y a partir de esta edad tiende a disminuir, pero en ocasiones no lo hace, y es en esas donde debemos actuar. Los problema que puede causar no son solo estéticos, ya que deteriora la forma de las uñas y de los dedos, facilita que se produzcan heridas, padrastrós y verrugas, pueden producirse infecciones, inflamaciones y dolor. También puede provocar alteraciones en la dentición del niño, mala oclusión de los dientes anteriores. (Sección de, 8 consejos para que no se muerdan las uñas, ¶ 1).

2.5.4.2.2. Aspectos clínicos.

Analizando el artículo de Psicoglobalia⁶²(2012), podemos entender que:

Heridas e infecciones en dedos.

Heridas e infecciones en labios y encías.

Desgaste de los incisivos alterando su forma natural.

Verrugas periungueales.

Alteraciones estéticas en dedos, uñas y dientes.

Dificultad para realizar tareas minuciosas que requiere el uso de las uñas.

Alteraciones de índole psicológica: vergüenza por el estado de los dedos, retraimiento y aislamiento por miedo a que “me vean los dedos”.

Si es un adulto con hijos, la consecuencia más probable es que sus hijos por imitación acaben adoptando dicha conducta, con sus posibles consecuencias negativas. (Sección de, consecuencias de morderse las uñas, ¶ 1).

2.5.4.2.3. Tratamiento.

Analizando el artículo de Psicoglobalia⁶³(2012), podemos entender que:

Para poder tratar y solucionar este problema, lo primero que debemos averiguar es cuál es la causa de que se produzca: si tiene ansiedad, si el niño está estresado, acontecimientos estresantes como el nacimiento de un hermano o la muerte de un familiar, si se produce solo ante determinadas situaciones, etc. No existe un único tratamiento para eliminar la onicofagia o el hábito de morderse las uñas, lo más importante es conseguir que el niño sea consciente de ese hábito y que modifique dicha conducta, con nuestro apoyo. (Sección de, la causa de este hábito, ¶ 1).

⁶² Psicoglobalia (2012).8 consejos para que no se muerdan las uñas. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015]. <http://www.psicoglobalia.com/tag/onicofagia/>

⁶³ Psicoglobalia (2012).8 consejos para que no se muerdan las uñas. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015]. <http://www.psicoglobalia.com/tag/onicofagia/>

2.5.4.3. Queilofagia.

2.5.4.3.1. Definición.

Analizando el artículo de Cepero, Fuentes, Riverón, Pérez⁶⁴(2007), podemos entender que:

Es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto, linguoverión de incisivos inferiores y vestíbulo versión de incisivos superiores. La quilofagia está definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas como: hábito morboso o tic de morderse los labios. (p.5).

2.5.4.3.2. Aspectos clínicos.

Analizando el artículo de Hernández⁶⁵(2015), podemos entender que:

Puede causar variadas alteraciones en los labios, estas van desde huellas dentarias, labios agrietados y resecos, mal olor y sabor por los restos de saliva; patologías de origen funcional: úlceras, leucoplasia (lesión blanquecina premaligna) a lesiones más complejas como fibromas, quistes de retención o cáncer. (Sección de, Me muerdo los labios, ¶2).

2.5.4.4. Bruxismo

2.5.4.4.1. Definición.

Analizando la obra de Bordini, Escobar, Castillo⁶⁶ (2010), podemos entender que:

El bruxismo es una parasomnia que ocurre predominantemente durante el sueño. Es un desorden de movimiento estereotipado, caracterizado por desgaste y rechinar de los dientes durante el sueño. Es una afección relativamente común en niños. La prevalencia varía de acuerdo con la población estudiada. (p. 672).

También podemos considerar el bruxismo como un hábito, el cual no sería funcional ni se consideraría normal, como indica Apodaca⁶⁷ (2004): “el bruxismo es un hábito

⁶⁴ Cepero, Z., Fuentes, I., Riverón, J. Pérez, J. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est07407.pdf

⁶⁵ Hernández, A. (2015). Me muerdo los labios. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <http://www.revistadominical.com.ve/noticias/firmas/me-muerdo-los-labios.aspx>

⁶⁶ Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=oXr3kxs0fGcC&pg=PA669&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=OWzBVLf4JcHesATl34HODg&ved=0CDQQ6AEwBA#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

⁶⁷ Apodaca, A. (2004). Fundamentos de Oclusión. México DF: Instituto Politécnico Nacional.

que desarrolla el paciente, especialmente durante la noche y se piensa que tiene un componente de estrés muy importante” (p. 60).

Analizando el artículo de Buena Vida⁶⁸ (2012), podemos entender que:

El bruxismo es el hábito de rechinar y apretar los dientes y puede ocurrir tanto de día como de noche. Aunque también es común en la adultez, muchos niños con dientes de leche lo padecen a partir de los 2 años. (Sección, de cómo corregir el bruxismo infantil, ¶1).

Si bien no se conocen sus causas exactas, se relaciona directamente al estrés, ansiedad, desajuste entre los dientes o alteraciones maxilofaciales, las que pueden ocasionar dolor de cabeza, oído, cuello, espalda y mandíbula, el desgaste de las piezas dentales, además de un sueño poco reparador, entre otras consecuencias. (Sección, de cómo corregir el bruxismo infantil, ¶2).

2.5.4.4.2. Etiología.

Analizando el artículo de Vallejo, González, Del Castillo Salmerón⁶⁹ podemos conocer que:

El esmalte de los dientes temporales contiene una menor proporción de sales minerales, lo que unido al mayor volumen de sus poros, explica el mayor desgaste que se observa en dentición temporal. Esto que normalmente es fisiológico se agrava cuando el paciente presenta bruxismo. En su etiología, además de los factores periféricos (morfológicos) se distinguen también factores centrales. En el pasado, los factores morfológicos como las discrepancias oclusales, fueron considerados como el principal factor causal del bruxismo. Actualmente se acepta que estos factores juegan sólo un papel menor.

2.5.4.4.3. Aspectos clínicos.

Analizando la obra de Silvestre y Francisco⁷⁰ (2007), podemos entender que:

Presentaran consecuentemente abrasión dentaria, que suele ser mayor en dientes temporales y cuya gravedad estará en relación con el tiempo de evolución, la fuerza del rechinar y la resistencia individual de los dientes al desgaste.

⁶⁸ Buena Vida (2012). Como corregir el bruxismo infantil. <http://www.lasegunda.com/Noticias/Buena-Vida/2012/08/772764/Como-corregir-el-bruxismo-infantil>

⁶⁹ Vallejo Bolaños, E., González Rodríguez, E., & Del Castillo Salmerón, R. (2002). El bruxismo infantil. *Odontología Pediátrica*. <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=189744>

⁷⁰ Silvestre, F., Plaza, A. (2007). *Odontología en pacientes especiales*. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=cU3z1gGW14oC&pg=PA280&dq=bruxismo+caras+occlusales&hl=es&sa=X&ei=xGfaVPO-FIX4yQTxpIFl&ved=0CC8Q6wEwAw#v=onepage&q=bruxismo%20caras%20occlusales&f=false>

Estas lesiones abrasivas pueden observarse en bordes incisales y cúspides de un sector de la boca o en toda ella. Aparecen las caras oclusales pulidas y con un brillo característico, pudiendo acompañarse de disminución de la dimensión vertical, dolores de tipo muscular, contracturas en el área o alteraciones de la ATM (articulación temporomandibular). (p. 280).

2.5.4.4.4. Tratamiento del bruxismo.

Analizando la obra de Joga⁷¹ (2013), podemos entender que:

Entre los tratamientos para pacientes que padecen de bruxismo se encuentra con el uso de aparatos oclusales denominados placas miorrelajantes, las cuales, consisten en una material de tipo acrílico duro, que se ajusta en las arcadas de los dientes, otro de los nombres que se le suele dar es protector de mordida y su función es evitar el desgaste dental. (p. 11).

Analizando el artículo de Buena Vida⁷² (2012), podemos entender que:

El tratamiento para el bruxismo patológico consta de 2 etapas. La primera busca proteger los dientes a través del uso de una placa removible para dormir, con el objetivo de evitar que se desgasten los dientes. Junto con ello, es muy importante hacer un detallado estudio de la oclusión dentaria y realizar a partir de éste los ajustes correspondientes. Por su parte, los padres pueden ayudar a mejorar ciertos hábitos, como evitar que sus hijos coman alimentos estimulantes (chocolate, bebidas colas y azúcar) antes de acostarse, además de propiciar un ambiente tranquilo antes de dormir, evitando juegos bruscos, la televisión y los videojuegos. (Sección de, Como tratar el bruxismo, ¶ 1).

Aunque el bruxismo en edad infantil puede corregirse sin complejidad, es fundamental que los niños realicen su primera visita al odontólogo a los 4 años y luego prolonguen los siguientes controles cada 6 meses, para enseñarles los principios básicos de la higiene oral, además de los cuidados necesarios que éstos deben incorporar. De esta forma, se puede ayudar a prevenir y tratar este tipo de malos hábitos, así como a detectar otras afecciones y enfermedades. (Sección de, Como tratar el bruxismo, ¶ 2).

⁷¹ Joga, A. (2013). Yoga y dolor por bruxismo. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=ZpDKAAQBAJ&pg=PA9&dq=bruxismo&hl=es&sa=X&ei=k17aVLPgIaXjsAS634DYBA&ved=0CCIO6wEwAQ#v=onepage&q=bruxismo&f=false>

⁷² Buena Vida (2012). Como corregir el bruxismo infantil. <http://www.lasegunda.com/Noticias/Buena-Vida/2012/08/772764/Como-corregir-el-bruxismo-infantil>

CAPÍTULO III.

3. Marco metodológico.

3.1. Tipo de investigación.

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.2. Métodos.

Se exploraron clínicamente por medio de fichas de observación a los escolares de la Unidad Educativa María Inmaculada, localizado en el cantón Portoviejo de la provincia de Manabí de la República del Ecuador y se realizaron encuestas a los representantes de los mismos, tomando en cuenta las variables de la investigación. Se solicitó autorización de los padres, los tutores y profesores pidiendo el consentimiento de las autoridades de la institución para que permitan que los infantes sean incluidos en el estudio, teniendo de esta manera los aspectos éticos y legales de la investigación.

3.3. Técnicas.

Observación.

Encuesta.

3.4. Instrumento.

Ficha de observación.

Formulario de encuesta.

3.5. Marco administrativo.

3.5.1. Recursos humanos.

Investigador.

Director de tesis.

3.5.2. Recursos materiales.

Guantes.

Mascarillas.

Baja lenguas.

3.5.3. Recursos tecnológicos.

Internet.

Flash memory.

Cámara fotográfica.

3.5.4. Recursos económicos.

La elaboración de esta investigación tuvo un costo de \$272 dólares americanos que fueron financiados por el investigador. (p. 75).

3.6. Población y muestra.

Se trabajó con el universo de escolares de 7 a 12 años de edad en la unidad educativa María inmaculada del cantón Portoviejo. Periodo junio – noviembre 2014. De esta población se obtuvo una muestra de 84 pacientes.

3.7. Recolección de la información.

La información se recolectó mediante las fichas de observación que fueron efectuadas a los estudiantes, se valoró y se llevó un registro de los pacientes portadores de hábitos bucales deformantes y se realizaron encuestas a sus padres o tutores.

3.8. Procesamiento de la información.

La información recogida fue procesada mediante el programa SSPS v.19.

3.9. Ética.

A todos los responsables de niños incluidos en la investigación se les ofreció de información necesaria y precisa sobre los objetivos de la investigación, además del consentimiento oral y escrito de los padres, tutores y directivos del plantel en el que se realizó la investigación (anexo 5).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.

Fichas de observación dirigidas a los estudiantes.

Tabla de contingencia edad y sexo.

Recuento cuadro 1.

	SEXO.		Total.	%
	HOMBRE.	MUJER.		
7	3	7	10	12%
8	6	7	13	15%
9	4	3	7	8%
10	9	6	15	18%
11	8	6	14	17%
12	12	13	25	30%
Total.	42	42	84	100%

Cuadro No. 1. Tabla de contingencia edad y sexo de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No.1.

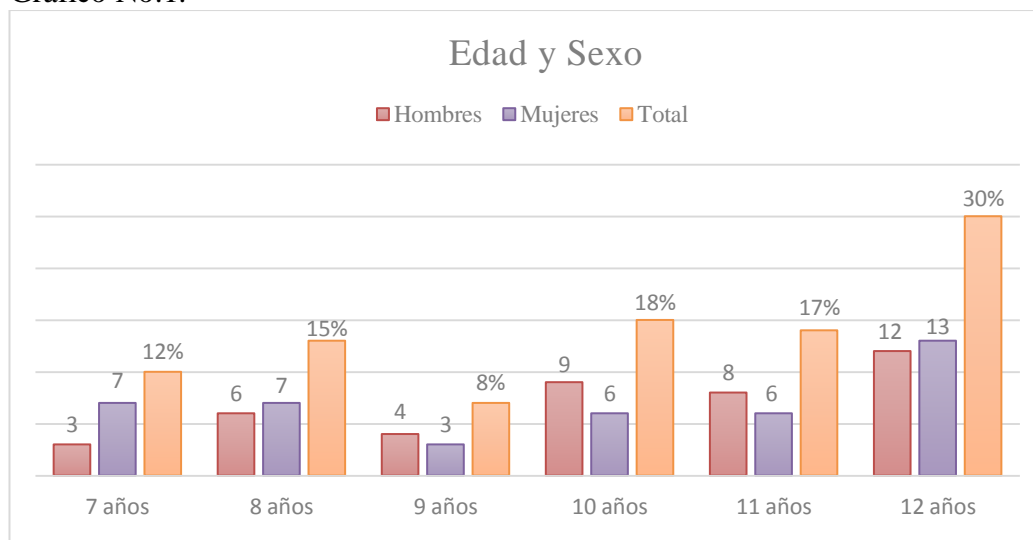


Gráfico No. 1. Ficha de observación realizada a los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y grafico No. 1 podemos observar que prevalecen las edades de 12 años con 30 % de los cuales prevalece el sexo femenino, y en menor porcentaje las edades de 7 años con un 12 % de los cuales prevalece el sexo femenino.

El grupo estudiado fueron los estudiantes de 7 a 12 años de edad de la Unidad Educativa María Inmaculada. Las edades que predominaron en el estudio fueron las de 12 años que corresponden a 25 estudiantes. En cuanto al sexo de los estudiantes fueron casualmente iguales entre hombres y mujeres.

Tabla de contingencia Portadores y no portadores de hábitos bucales.

Recuento cuadro 2

	Tipo de hábito				Total.	%
	Succión digital.	Respiración bucal.	Deglución atípica.	Hábito de morder.		
Con Hábito.	4	13	1	19	37	44%
Sin hábito.	0	0	0	0	47	56%
Total.	4	13	1	19	84	100%

Cuadro No.2. Tabla de contingencia de pacientes portadores y no portadores de hábitos bucales de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 2.

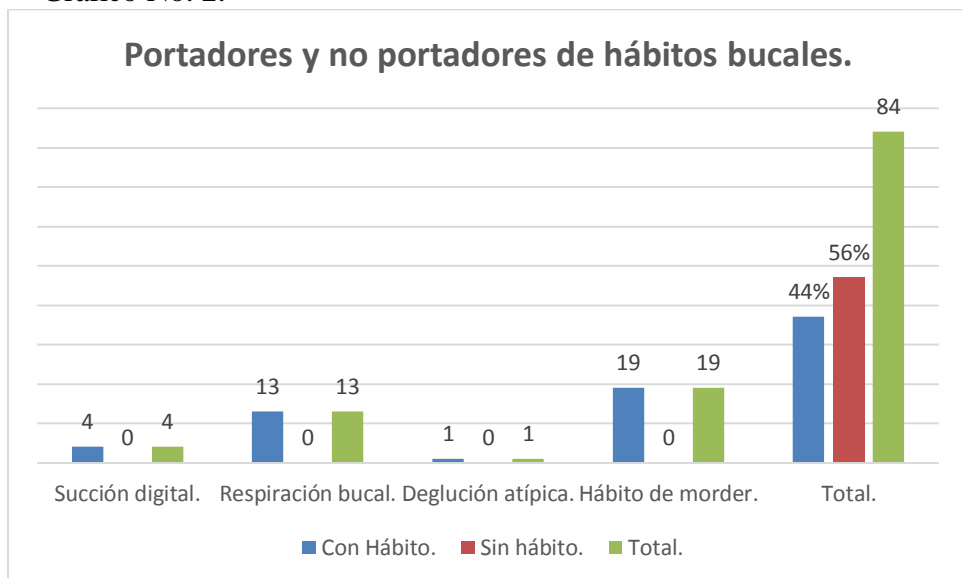


Gráfico No. 2. Ficha de observación realizada a los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico No. 2 podemos observar que prevalecieron los pacientes que no portaban hábitos bucales con un 56%, mientras que los portadores de hábitos bucales presentaron un 46%.

Analizando el artículo de Martínez, Garza, Martínez, Treviño, Rivera⁷³ (2011), en la pag. 9 podemos entender que:

Los hábitos orales son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una sucesión de actos que sirven para serenar una necesidad emocional. Estos hábitos son muy diversos, dentro de los más frecuentes se pueden incluir la succión digital de uno o más dedos y la succión de chupón, entre otros. La succión se considera un reflejo normal en lactantes. La prevalencia de estos hábitos está relacionada con la edad del niño, ya que en edades entre 2-6 años, hábitos como la succión digital y del chupón o mamila está ampliamente extendida, después de los 6 años la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica son los que prevalecen. (Sección de, Introducción ¶ 1).

En este estudio se demostró que de 84 pacientes 37 fueron portadores de hábitos bucales deformantes, dentro de los cuales se encontró a los portadores de hábitos de morder como los prevalentes con 19 pacientes, seguidos de los respiradores bucales los cuales fueron 13 pacientes. Lo cual corrobora la cita antes mencionada ya que el universo de estudio correspondió a escolares de 7 a 12 años en donde el segundo hábito más prevalente fue el de respiración bucal.

⁷³ Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr.* [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

Tabla de contingencia edad y tipo de hábito.

Recuento cuadro3.

	Tipo de hábito.					Total.	%
	Succión digital.	Respiración bucal.	Deglución atípica.	Hábito morder.	Sin hábito		
7	3	0	0	5	2	10	12%
8	0	3	0	2	8	13	15%
Eda 9	0	1	0	4	2	7	8%
d. 10	0	2	1	2	10	15	18%
11	0	3	0	2	9	14	17%
12	1	4	0	4	16	25	30%
Total.	4	13	1	19	47	84	100%

Cuadro No. 3. Tabla de contingencia edad y tipo de hábito de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No.3.

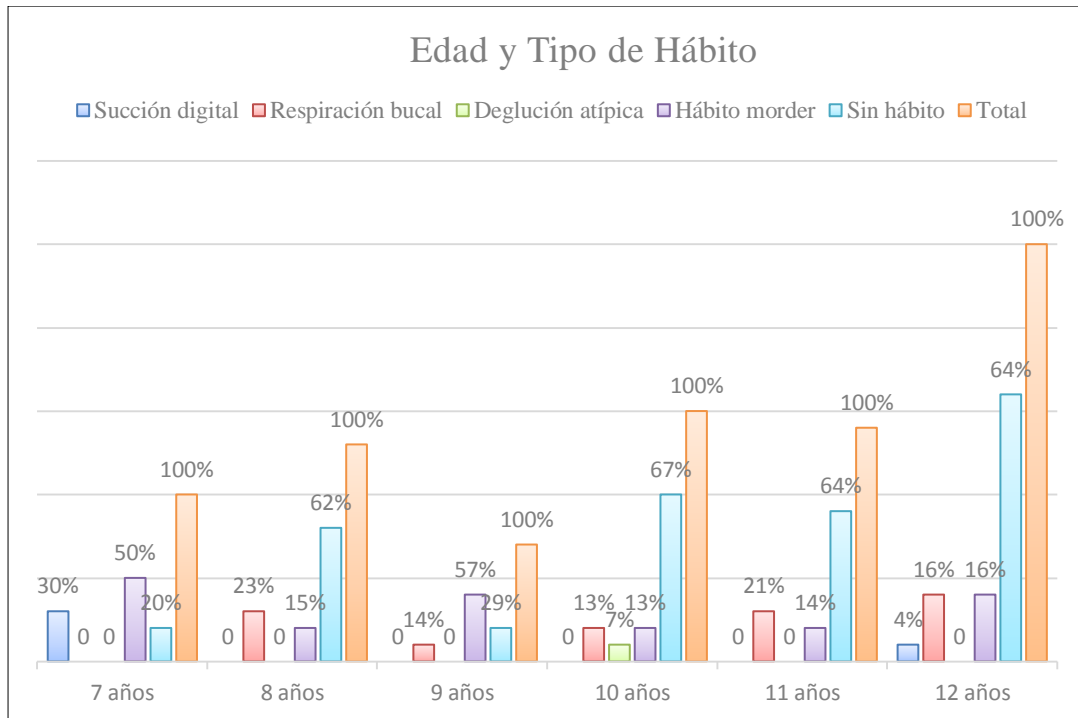


Gráfico No. 3. Ficha de observación realizada a los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico No.3 podemos observar que prevalecen las edades de 12 años obteniendo porcentajes equivalentes entre respiración bucal y el hábito de morder con un 16% y en menor prevalencia los de succión digital con un 4%. Dentro de las edades de menor prevalencia tenemos los de 7 años en donde prevaleció el hábito de morder con un 50% y en menor prevalencia succión digital con 30%.

Analizando el artículo de Martínez, Garza, Martínez, Treviño, Rivera⁷⁴ (2011), en la pag. 9 podemos entender que:

Los hábitos orales son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una sucesión de actos que sirven para serenar una necesidad emocional. Estos hábitos son muy diversos, dentro de los más frecuentes se pueden incluir la succión digital de uno o más dedos y la succión de chupón, entre otros. La succión se considera un reflejo normal en lactantes. La prevalencia de estos hábitos está relacionada con la edad del niño, ya que en edades entre 2-6 años, hábitos como la succión digital y del chupón o mamila está ampliamente extendida, después de los 6 años la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica son los que prevalecen. (Sección de, Introducción ¶ 1).

Como se puede observar, dentro de aquellos pacientes que presentaron hábitos prevaleció el hábito de morder con un total de 19 pacientes. El segundo hábito con mayor frecuencia en el universo de estudio de esta investigación fueron los pacientes portadores del hábito de respiración bucal, que tal como describe el artículo antes mencionado donde afirma que a partir de los 6 años estos hábitos son comunes. El hábito menos común y tan solo con un paciente portador fue el hábito de deglución atípica, lo cual indica que este hábito no es de mayor preocupación como los otros presentes. Mientras que las edades en las cuales los hábitos se presentaron con mayor

⁷⁴ Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr.* [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

frecuencia fueron las de 12 años, probablemente por ser la edad predominante dentro del grupo de estudio.

Tabla de contingencia sexo y tipo de hábito.

Recuento cuadro 4.

	Tipo de hábito.				Total.	%
	Succión digital.	Respiración bucal.	Deglución Atípica.	Hábito Morder.		
Sexo Hombre	0	7	1	12	20	54%
Sexo Mujer	4	6	0	7	17	46%
Total.	4	13	1	19	37	100%

Cuadro No. 4. Tabla de contingencia sexo y tipo de hábito de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 4.

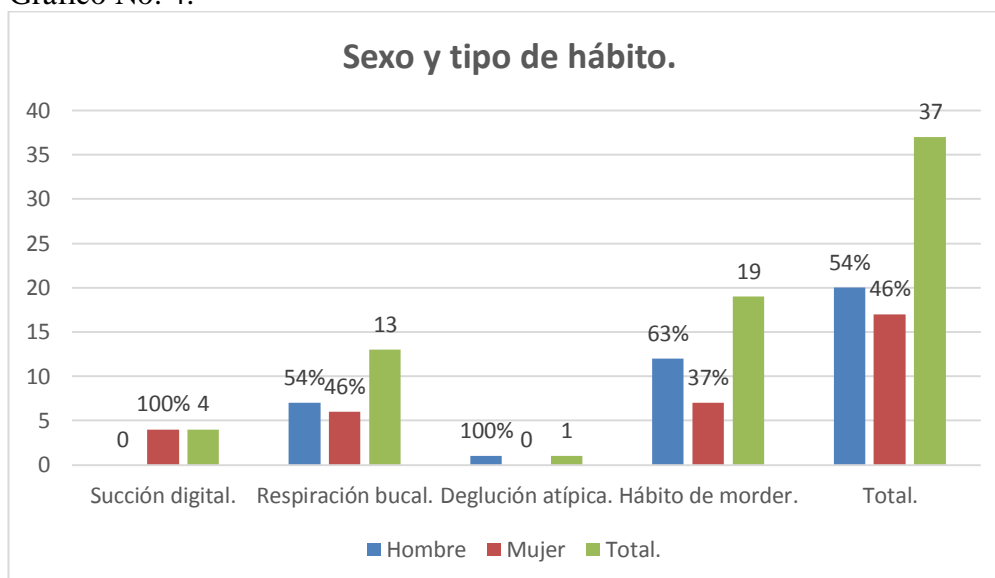


Gráfico No. 4. Ficha de observación dirigida a los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y grafico No.4 podemos observar que prevaleció el sexo masculino con un 54%, teniendo en cuenta que dentro de los tipos de hábito prevaleció el hábito de morder con un 63% en hombres y 37% en mujeres. Y el hábito de menor prevalencia tenemos la deglución atípica en donde solo hubo un paciente de sexo masculino.

Como muestra la tabla de contingencia de sexo con tipo de hábito podemos observar que el hábito de succión digital fue exclusivo del sexo femenino, mientras que los otros hábitos a excepción del de deglución atípica que tan solo fue un hombre el portador, demuestra que estos hábitos pueden ser comunes tanto en hombres como en mujeres.

Tabla de contingencia tipo de hábito y aspecto de uñas.

Recuento cuadro 5.

	Aspecto uñas.				Total.	%
	Succión digital.	Respiración bucal.	Deglución atípica.	Hábito morder.		
Limpias.	1	6	0	1	8	22%
Sucias.	0	2	0	3	5	13%
Muy cortas.	3	0	0	15	18	49%
Largas.	0	5	1	0	6	16%
Total.	4	13	1	19	37	100%

Cuadro No. 5. Tabla de contingencia tipo de hábito y aspecto de uñas de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 5.

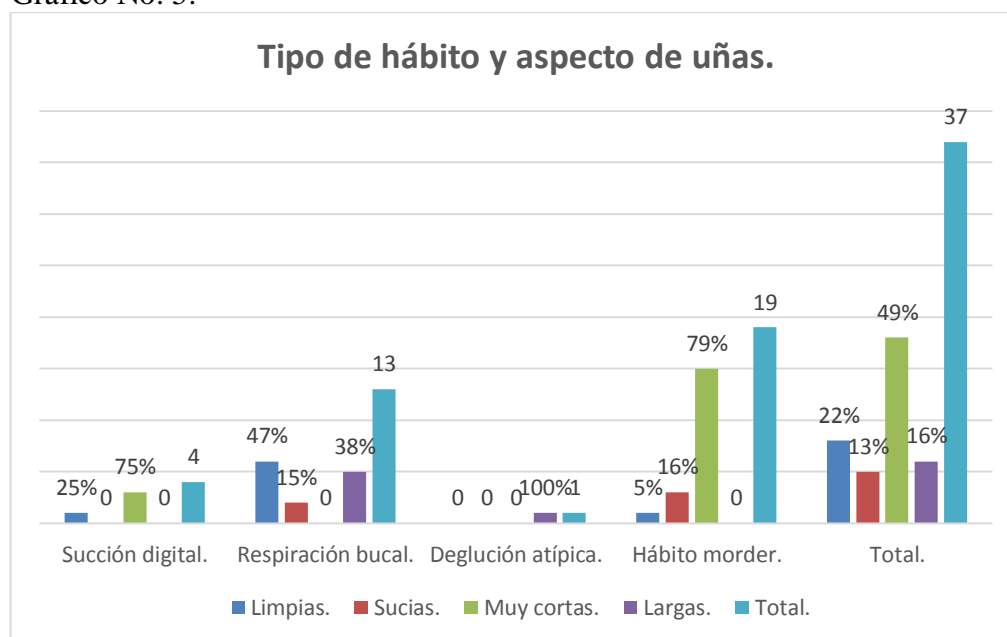


Gráfico No. 5. Ficha de observación dirigida a los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico No.5 Podemos observar que dentro del tipo de hábito de morder prevalecen con un 79% en donde tenían las uñas muy cortas, con un 16% la presentaban sucias, y en un 5% limpias.

Característica corroborada por el artículo de Psicoglobalia⁷⁵(2012), en la pag. 34 donde podemos observar que los pacientes pueden presentar:

Alteraciones estéticas en dedos, uñas y dientes.

Dificultad para realizar tareas minuciosas que requiere el uso de las uñas.

Alteraciones de índole psicológica: vergüenza por el estado de los dedos, retraimiento y aislamiento por miedo a que “me vean los dedos”. (Sección de, consecuencias de morderse las uñas, ¶ 1).

Los resultados indican que el 79% de los pacientes con hábitos de morder tienen las uñas muy cortas, y por tanto demuestra el total desconocimiento de los niños sobre las consecuencias estéticas y psicológicas que produce mantener el hábito. Se tomó esta tabla como referencia debido a que de los hábitos presentes el más común en el estudio realizado fue el hábito de morder, y podemos observar que la mayoría de los pacientes, con un total del 79% de los portadores de dicho hábito presentaban uñas muy cortas a causa de la onicofagia, hábito el cual está dentro de los hábitos de morder. Lo cual es perjudicial para los pacientes portadores del hábito de morder porque lo afecta física y psicológicamente.

⁷⁵ Psicoglobalia (2012).8 consejos para que no se muerdan las uñas. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015]. <http://www.psicoglobalia.com/tag/onicofagia/>

Tabla de contingencia otras alteraciones y tipo de hábito.

Recuento. Cuadro 6.

	Tipo de hábito.				Total	%
	Succión digital.	Respiración bucal.	Deglución atípica.	Hábito morder		
Apiñamiento.	0	5	0	2	7	19%
Giroversión incisiva.	0	0	0	0	0	0%
Vestibularización incisiva.	3	3	0	3	9	24%
Lingualización incisiva.	0	0	0	1	1	3%
Mordida abierta.	0	3	1	0	4	11%
Mordida profunda.	0	0	0	0	0	0%
Mordida cruzada anterior.	0	0	0	5	5	13%
Desgaste dental anterior.	0	0	0	7	7	19%
Ninguno.	1	2	0	1	4	11%
Total.	4	13	1	19	37	100%

Cuadro No. 6. Tabla de contingencia otras alteraciones y tipo de hábito de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 6.

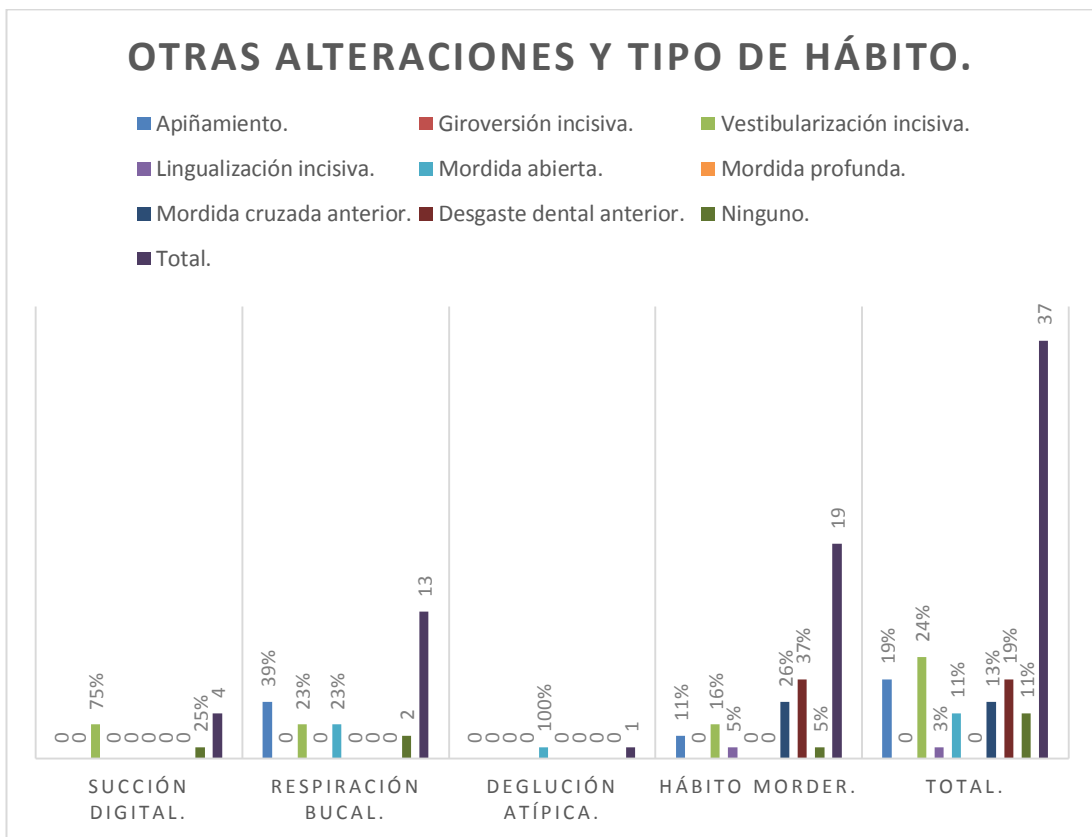


Gráfico No. 6. Ficha de observación dirigida a los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y gráfico No.6 sobre otras alteraciones y tipo de hábito, se comprueba que de mayor prevalencia dentro de las alteraciones bucodentales tenemos la vestibularización incisiva con un 24% y de menor prevalencia sin tomar en cuenta la giroversión y la mordida profunda que no estuvieron presentes, fue la lingualización incisiva con un 3 %. Dentro de los hábitos bucales en el de mayor prevalencia tenemos el hábito de morder presentando relación con desgaste dental anterior con un 37%, seguido de un 26% mordida cruzada anterior, 16% vestibularización incisiva, 11% apiñamiento, 5% lingualización incisiva. Deglución atípica solo estuvo relacionada con un 100% mordida abierta. Respiración bucal con un 39% estuvo relacionado con apiñamiento, vestibularización incisiva y mordida abierta ambas con 23%. Dentro de la succión digital estuvo relacionada la vestibularización incisiva con 75%.

Como corrobora el artículo de Cuevillas⁷⁶ (2005), en la pag. 24 donde podemos entender que dentro de los signos y síntomas de la respiración bucal encontramos al igual que en la investigación realizada:

Posturas corporales atípicas

Cara larga y estrecha.

Estrechamiento de la arcada superior, paladar y narinas por falta de uso.

Olfato alterado y frecuente asociación con disminución del apetito y de la función gustativa. (Sección de, Posturas corporales atípicas, ¶ 1).

También se pueden añadir otros signos comunes:

Frecuentes Clases II, mordida cruzada posterior o abierta anterior.

Protrusión de los incisivos superiores.

Hipo desarrollo de la mandíbula.

Hipotonía muscular local o general. (Sección de, Posturas corporales atípicas, ¶ 2).

Y en los hábitos de morder de la obra de Silvestre y Francisco⁷⁷ (2007), en la pag. 37 donde podemos corroborar: “Presentaran consecuentemente abrasión dentaria,

⁷⁶ Cuevillas, G. (2005). Caracterización actual del Síndrome del respirador bucal Revista Habanera de Ciencias Médicas, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana Cuba. [En línea]. Consultado: [19, enero, 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180417640006.pdf>

que suele ser mayor en dientes temporales y cuya gravedad estará en relación con el tiempo de evolución, la fuerza del rechimiento y la resistencia individual de los dientes al desgaste.” (p. 280).

Aparentemente resultan de mayor porcentaje en alteraciones aquellos que no presentan hábitos bucales, pues esto es debido a que ellos son mayoría en el estudio, pero es totalmente notable poder observar que los pacientes que tienen hábitos bucales son más propensos a lucir alteraciones en las piezas dentales. De acuerdo con los datos obtenidos y la referencia bibliográfica es notorio observar que los malos hábitos bucales son perjudiciales y pueden influir negativamente para la salud buco dental. Como se puede observar dentro de los pacientes que presentaban el hábito de morder, que de los 19 pacientes que mostraban dicho hábito 18 tienen alteraciones, 37% desgaste dental anterior, 26% mordida cruzada anterior, 16% vestibularización incisiva, entre otras. Mientras que los pacientes portadores del mal hábito de respiración bucal encontramos al 39% con apiñamientos dentales, 23% con vestibularización incisiva y mordida abierta.

⁷⁷ Silvestre, F., Plaza, A. (2007). Odontología en pacientes especiales. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=cU3z1gGW14oC&pg=PA280&dq=bruxismo+caras+oclusales&hl=es&sa=X&ei=xGfaVPO-FIX4yQTxpIFl&ved=0CC8Q6wEwAw#v=onepage&q=bruxismo%20caras%20oclusales&f=false>

Tabla de contingencia tipo de hábito y relación molar.

Recuento. Cuadro 7.

	Relación molar.				Total.	%
	Succión digital.	Respiración bucal.	Deglución atípica.	Hábito morder.		
Tipo de hábito. Clase I	1	4	1	8	14	38%
Clase II	3	8	0	3	14	38%
Clase III	0	1	0	8	9	24%
Total.	4	13	1	19	37	100%

Cuadro No. 7. Tabla de contingencia tipo de hábito y relación molar de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 7.

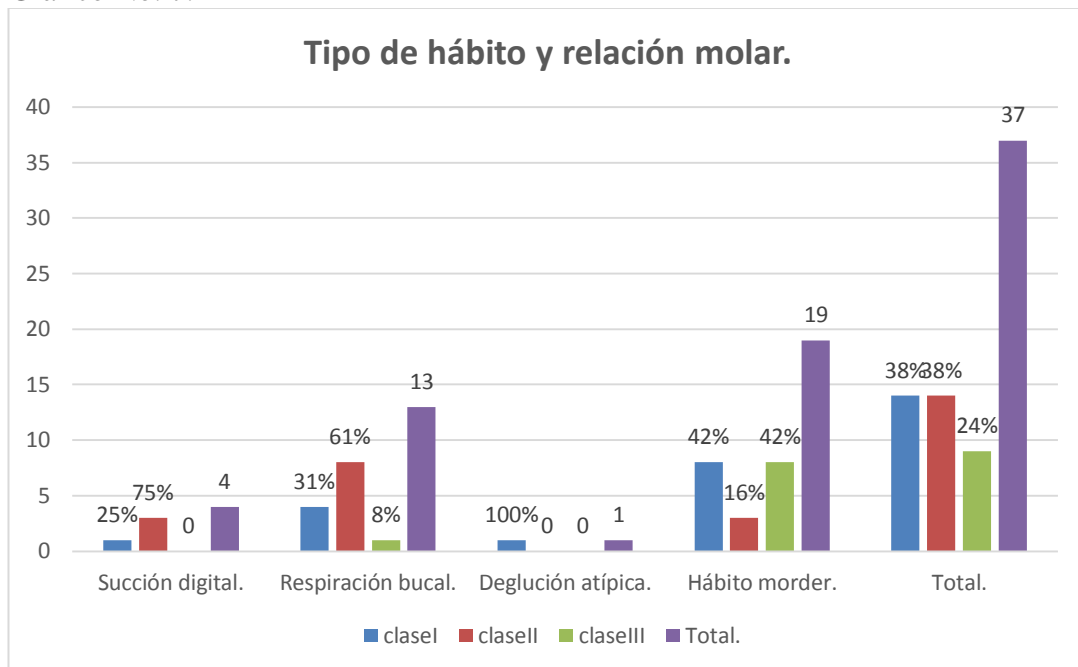


Gráfico No. 7. Ficha de observación dirigida a los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y gráfico No.7 podemos observar que prevalecieron las relaciones molar clase I y clase II con un 38% y dentro de los hábitos, el hábito de morder con la relación molar, prevaleció un 42% clase III, 42% clase I, 16% clase II. Deglución atípica como se observa solo 2% clase I. Respiración bucal prevaleció 61% clase II, 31% clase I y 8% clase III. Succión digital prevaleció 75% clase II, 25% clase I.

Analizando el artículo de Cuevillas⁷⁸ (2005), en la pag. 24 podemos corroborar los datos obtenidos en la investigación, donde menciona que los pacientes con hábitos de respiración bucal presentan:

Frecuentes Clases II, mordida cruzada posterior o abierta anterior.

Protrusión de los incisivos superiores. (Sección de, Posturas corporales atípicas, ¶ 2).

El hábito de respiración bucal presenta mayor cantidad de pacientes con relación molar clase II dentro de la clasificación de Angle con un 61%, tal como corroboran el artículo de cuevillas. De la misma manera se manifiestan los pacientes portadores de los otros hábitos bucales, lo cual demuestra que los estudiantes sometidos a la investigación, presentan esta alteración en la oclusión debido al hábito bucal que practican y deja muy claro que es indispensable tratarlos para que en un futuro no desarrollen mayores complicaciones en el complejo bucomaxilofacial.

⁷⁸ Cuevillas, G. (2005). Caracterización actual del Síndrome del respirador bucal Revista Habanera de Ciencias Médicas, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana Cuba. [En línea]. Consultado: [19, enero, 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180417640006.pdf>

**Tabla de contingencia tipo de hábito y
Aspecto del paladar.**

Recuento cuadro 8.

	Tipo de hábito.	Aspecto paladar.				Total.	%
		Succión digital.	Respiración bucal.	Deglución atípica.	Hábito morder.		
	Normal.	2	2	0	15	19	51%
	Profundo.	2	11	1	4	18	49%
	Torus palatino.	0	0	0	0	0	0%
	Total.	4	13	1	19	37	100%

Cuadro No. 8. Tabla de contingencia tipo de hábito y aspecto del paladar de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 8.

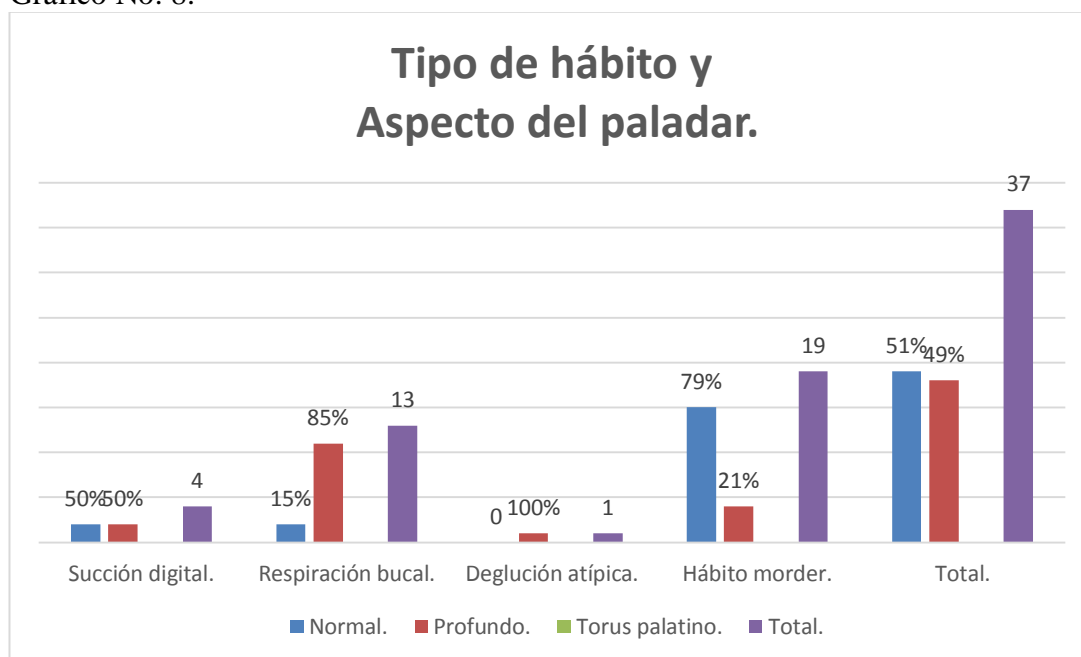


Gráfico No. 8. Ficha de observación dirigida a los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y gráfico No. 8 se observa que el hábito de morder prevaleció 79% paladar normal, 21% presento paladar profundo. Deglución atípica con 100% presentando paladar profundo. Respiración bucal 85% paladar profundo, 15% presentaron paladar normal. Succión digital presentando resultados equivalentes con 50% paladar normal y 50% paladar profundo.

De los pacientes portadores de hábitos bucales, los que presentaron más alteraciones en el paladar fueron aquellos pacientes que padecían de respiración bucal, con 85% de paladares profundos como corrobora el artículo de González, Guida, Herrera, Quirós⁷⁹ (2012), en la pag. 23 donde podemos entender que:

Durante la respiración bucal lo que se produce es que durante la inspiración y expiración, el aire pasa por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos. (Sección, de respiración bucal, ¶ 2).

Se tomó este cuadro como referencia debido a que los pacientes del hábito de respiración bucal demostró gran cantidad de paladares profundos con el 85% de sus portadores, otros portadores de hábitos bucales no presentaron datos de mayor importancia, como en el caso de los pacientes de succión digital que de los 4 portadores se dividen de igual manera en paladares profundos y paladares normales, probablemente por la poca cantidad encontrada de pacientes con este tipo de hábito en el universo de estudio.

⁷⁹ Gonzales M, Guida G, Herrera D, Quirós O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Habito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

Tabla de contingencia Tipo de hábito y Forma de la arcada.

Recuento. Cuadro 9.

Forma de la arcada.	Tipo de hábito				Total	%
	Succión digital	Respiración bucal	Deglución atípica	Hábito morder		
Cuadrada	0	0	0	7	7	19%
Triangular	3	8	0	2	13	35%
Ovoide	1	5	1	10	17	46%
Total	4	13	1	19	37	100%

Cuadro No. 9. Tabla de contingencia tipo de hábito y forma de la arcada de los estudiantes de la Unidad Educativa María In maculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 9.

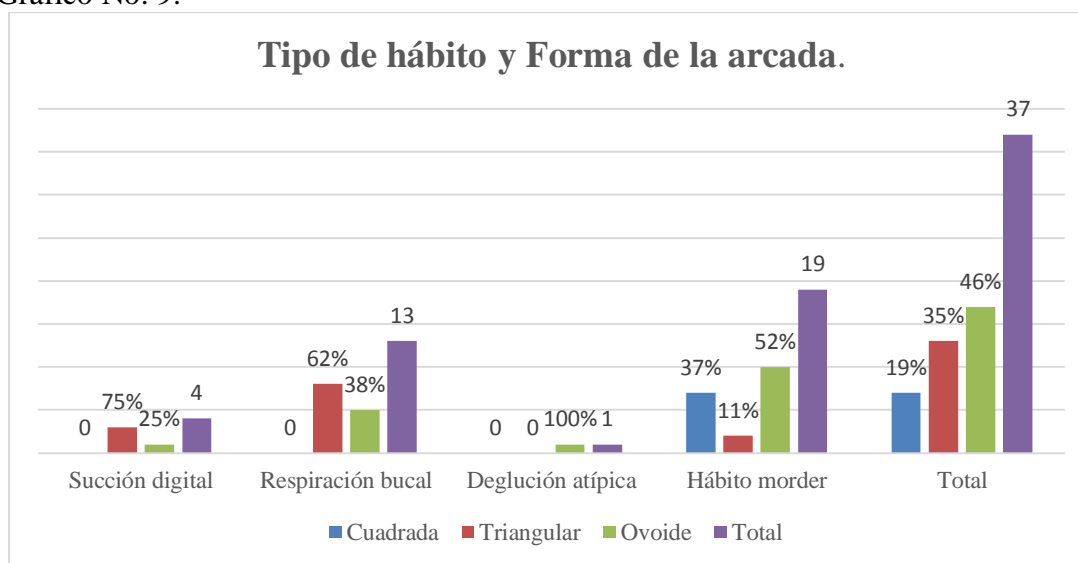


Gráfico No. 9. Ficha de observación dirigida a los estudiantes de la Unidad Educativa María In maculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

Gráfico No.9 de acuerdo con el hábito de morder, prevaleció 52% la forma de arcada ovoide, 37% cuadrada, 11% triangular. Deglución atípica con un 100% prevaleció arcada ovoide. Respiración bucal prevaleció 62% arcada triangular, 38% ovoide. Succión digital prevaleció 75% arcada triangular, 25% arcada ovoide.

Analizando el artículo de Cuevillas⁸⁰ (2005), en la pag. 24 podemos entender los signos y síntomas de la respiración bucal pueden ser:

El conjunto de características físicas comunes de estos pacientes, se conoce como Síndrome del Respirador Bucal o de Disfunción Respiratoria.
Estrechamiento de la arcada superior, paladar y narinas por falta de uso.
Paladar profundo y estrecho.
Arcada superior en forma triangular. (Sección de, Posturas corporales atípicas, ¶ 1).

De acuerdo con los datos obtenidos, se determinó que el 62% de los pacientes con el hábito de respiración bucal presentan paladares de forma triangular tal como corrobora el artículo de cuevillas, lo que da como resultado un acuerdo entre los datos obtenidos y dicho artículo. Los pacientes con succión digital son los que más presentan paladares en forma triangular con un 75%, pero no se los toma muy en cuenta por ser tan solo 4 pacientes los portadores de dicho hábito.

⁸⁰ Cuevillas, G. (2005). Caracterización actual del Síndrome del respirador bucal Revista Habanera de Ciencias Médicas, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana Cuba. [En línea]. Consultado: [19, enero, 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180417640006.pdf>

Encuestas dirigidas a los padres.

Tabla de contingencia representantes conocedores del hábito del representado.

Recuento cuadro 10.

	Total.	%
Si.	26	70%
No.	11	30%
Total.	37	100%

Cuadro No. 10. Tabla de contingencia representantes conocedores del hábito del representado de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 10.

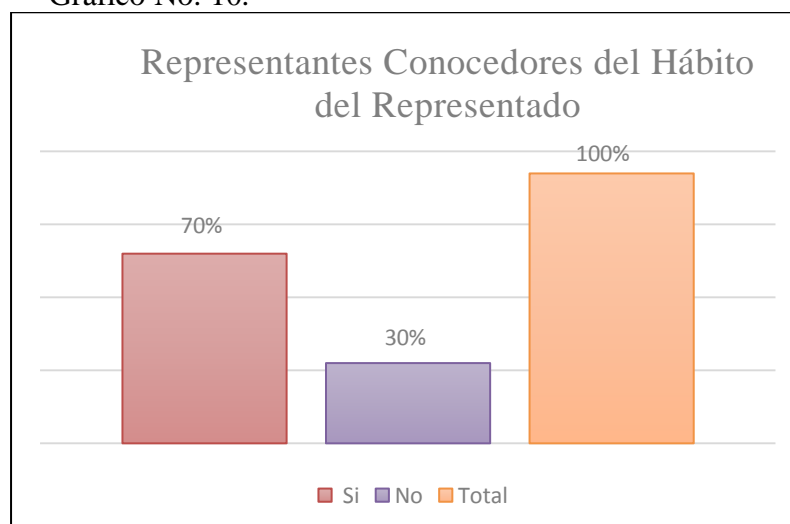


Gráfico No. 10. Encuestas dirigidas a los representantes de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico No. 10 se observa que prevalece con 70% los representantes conocedores del hábito del representado y con 30% aquellos que no tienen conocimiento.

El grupo encuestado fueron los representantes de los estudiantes portadores de hábitos bucales deformantes, donde podemos observar claramente que la mayoría si tienen conocimientos acerca de los problemas de sus representados. Pero aún se encontró a representantes que desconocían en su totalidad de los hábitos que portaban sus representados, lo cual es un problema en la comunidad por falta de conocimientos.

Tabla de contingencia influencia del hábito en la posición dentaria.

Recuento cuadro 11.

	Total.	%
Si.	5	19%
No.	21	81%
Total.	26	100%

Cuadro No. 11. Tabla de contingencia influencia del hábito en la posición dentaria de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 11.

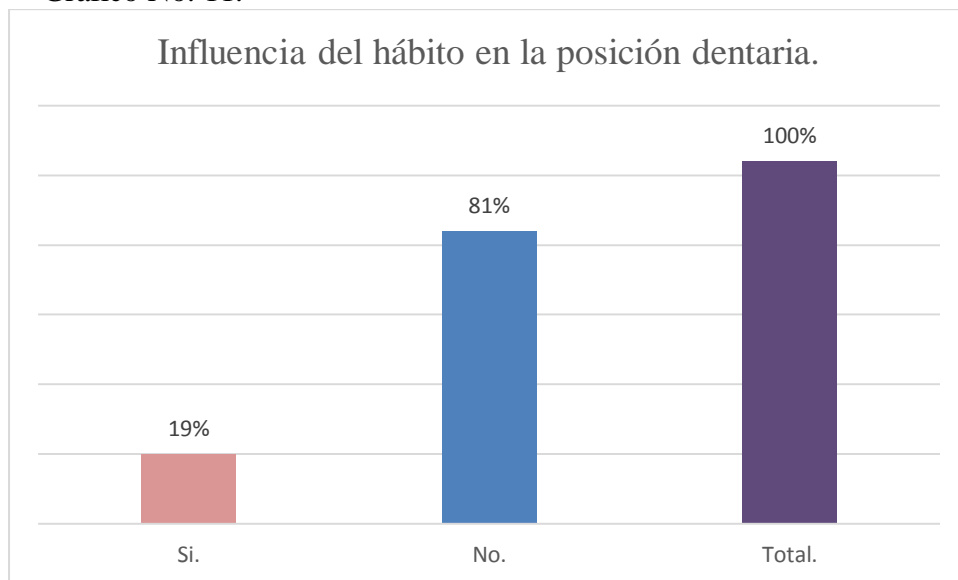


Gráfico No. 11. Encuestas dirigidas a los representantes de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico No. 11 se observa que prevalece 81% no tienen conocimiento de influencia del hábito en la posición dentaria y con 19% si tienen conocimiento de influencia del hábito en la posición dentaria.

Dentro de aquellos representantes que conocían la presencia de hábitos bucales de sus representados, encontramos que 21 de ellos no tienen conocimientos de la influencia que los hábitos tienen sobre el posicionamiento de los dientes y el complejo bucomaxilofacial.

Tabla de contingencia inicio del hábito.

Recuento cuadro 12.

	Total	%
Nació.	2	8%
Jardín.	4	16%
Escuela.	10	38%
No sabe.	10	38%
Total	26	100%

Cuadro No. 12. Tabla de contingencia inicio del hábito de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 12.

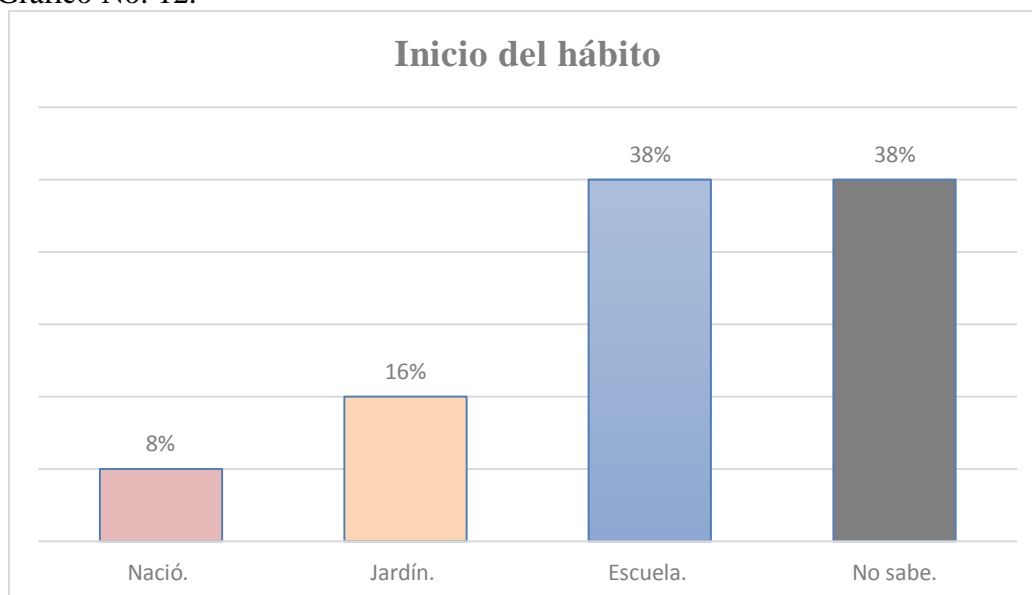


Gráfico No. 12. Encuestas dirigidas a los representantes de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico No. 12 se observa que prevalece un 38% en la escuela, 16% en el jardín y un 8% cuando nació.

La mayoría de los representantes con un total de 10, manifestaron que los hábitos que portaban sus representados iniciaron desde que ingresaron a la escuela, aunque la misma cantidad de representantes dijeron que no conocían el inicio de la presencia del hábito de sus representados.

Tabla de contingencia Momentos en los que realiza el hábito.

Recuento cuadro 13.

	Total	%
Mañana.	1	4%
Tarde.	0	0%
Noche.	2	8%
Cuando ve televisión.	5	19%
Cuando duerme.	3	12%
Cuando lo castigan.	8	31%
Todo el tiempo.	7	26%
Total.	26	100%

Cuadro No. 13. Tabla de contingencia momentos en los que realiza el hábito de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 13.

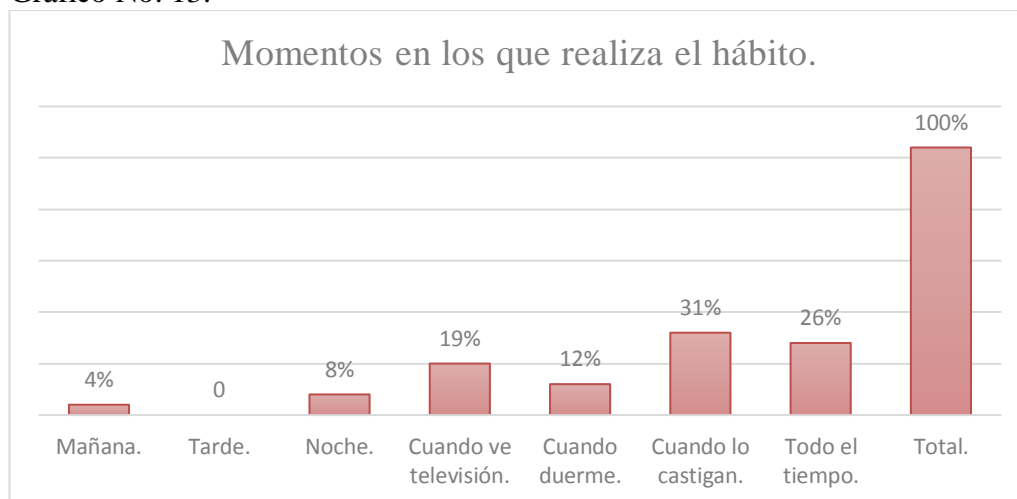


Gráfico No. 13. Encuestas dirigidas a los representantes de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico No. 13 se observa el momento en los que realiza el hábito prevalece 31% cuando lo castigan, 26% todo el tiempo, 19% cuando ve televisión, 12% cuando duerme, 8% en la noche, 4% en la mañana.

Como podemos observar en los resultados de las encuestas realizadas a los representantes, la mayoría de los portadores de hábitos bucales deformantes realizaban el hábito en el momento que los castigaban, seguidos por los que manifestaban el hábito todo el tiempo con un total del 26% de representados.

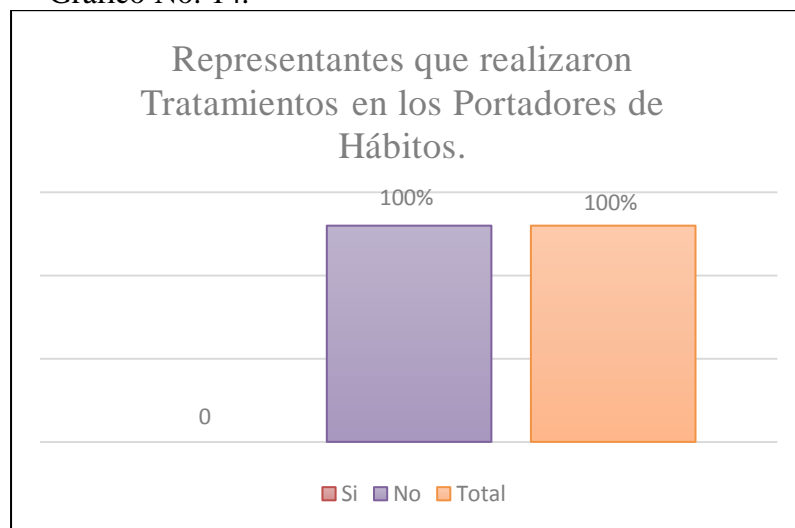
Tabla de contingencia de los representantes que realizaron tratamientos en los portadores de hábitos.

Recuento. Cuadro 14.

	Tratamientos realizados	Total	%
Si.	0	0	0%
No.	26	26	100%
Total	26	26	100%

Cuadro No. 14. Tabla de contingencia de los representantes que realizaron tratamientos en los portadores de hábitos de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Gráfico No. 14.



Cuadro No. 14. Encuestas dirigidas a los representantes de los estudiantes de la Unidad Educativa María Inmaculada. Realizado por el autor de esta tesis.

Análisis e interpretación.

Gráfico No. 14 se observa que dentro de los representantes que realizaron tratamientos en los portadores de hábitos prevaleció con un 100% los representantes que no realizaron tratamientos en los portadores de los hábitos.

Ningún padre o representante realizó algún tipo de tratamiento en los pacientes portadores de hábitos bucales deformantes.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Dentro de los 84 pacientes estudiados, 37 fueron portadores de hábitos bucales deformantes, donde prevaleció el hábito de morder en el sexo masculino dentro de las edades de 12 y 9 años, seguido por el de respiración bucal.

Los pacientes portadores de hábitos bucales demostraron varias alteraciones maxilofaciales y lesiones en el tejido dentario como desgastes incisivos y mordida cruzada anterior en los pacientes portadores de hábitos de morder, apiñamientos y vestibularización incisiva en los pacientes con respiración bucal, las cuales son perjudiciales para la salud dental y el estado de ánimo de los niños.

5.2. Recomendaciones.

Planificar un programa educativo para las personas de esta parroquia, para promover medidas preventivas acerca de los malos hábitos bucales.

Realizar un programa de promoción, y prevención acerca de los hábitos bucales deformantes en los niños de la Unidad Educativa María Inmaculada.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Tema.

Promover la prevención los hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la unidad educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo.

6.2. Entidad ejecutora.

Unidad Educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo.

6.3. Clasificación del Proyecto.

De orden social y de tipo educativo.

6.4. Localización geográfica.

La Unidad educativa María Inmaculada se encuentra en la parroquia Andrés de Vera en las calles Vicente Macías y Miguel H. Alcívar. Parroquia “Andrés de Vera” está ubicada en el oeste de la ciudad de Portoviejo, limitando al norte con la parroquia Picoazá y la parroquia 18 de Octubre, al sur con él con la parroquia Simón Bolívar, al este con la ciudad de Portoviejo y la parroquia Colón y al oeste con el cantón Jaramijó.

6.5. Justificación.

Es importante realizar este proyecto debido a los problemas encontrados en la Unidad Educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo, se pudo comprobar que la población atendida en esta entidad no tenía conocimiento acerca de los malos hábitos bucales, cómo prevenirlos y de los factores de riesgo que los pueden causar. Lo cual se quiere mejorar, brindando charlas respecto al tema y un material educativo mediante una pancarta ilustrativa, buscando la mejor forma de llegar a la unidad educativa María Inmaculada. La propuesta es factible ya que la institución al igual que los

padres y tutores de los estudiantes están muy interesados en el aporte de conocimientos que se les brindara.

Los mayores beneficiarios serán los niños y los padres de los estudiantes, ya que al instruirse en la prevención y cuidado de los pacientes con estos hábitos evitaran mayores gastos económicos en tratamientos odontológicos correctivos.

6.6. Marco Institucional.

La Unidad Educativa María Inmaculada se encuentra ubicada en Andrés de Vera, en la calle Miguel H. Alcívar entre Vicente Macías y Primero de Mayo.¹¹ Este plantel por petición de los padres de familia se creó e inició sus funciones en el año 1982, con el respectivo permiso extendido por la Dirección de Educación de Manabí. El fundador de esta institución es el Director, Lcdo. Humberto Palacios, quien actualmente trabaja de acuerdo a las disposiciones emanadas por el Ministerio de Educación y Cultura, e impulsa una enseñanza de calidad, para que los estudiantes puedan incursionar en el ámbito profesional con eficiencia y eficacia; está conformada por doce maestros distribuidos por áreas y planta, quienes son el pilar fundamental del establecimiento. Los principales problemas detectados que limitan el desarrollo del plantel son: la poca disponibilidad de tiempo de los padres dificulta la enseñanza-aprendizaje de los niños y niñas, la carencia de un Trabajador Social; otra problemática sentida por la comunidad educativa son los continuos actos delincuenciales que hacen que el policía actúe de manera violenta, situación que genera en un 85% de la población estudiantil temor y rechazo hacia los gendarmes.

6.6. Objetivos.

6.6.1. Objetivo General.

Promover acciones de salud encaminadas a prevenir los Hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la unidad educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo.

6.6.2. Objetivos Específicos.

Realizar charlas educativas sobre la importancia de eliminar los hábitos bucales deformantes.

Diseñar una pancarta ilustrativa con elementos que influyan en la prevención de los malos hábitos bucales.

6.8. Descripción de la propuesta.

La campaña será realizada en la unidad educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo con el fin de concientizar a los padres y niños para que puedan ser guías en lo que se refiere a los hábitos bucales deformantes y de esta manera prevenir las alteraciones que los hábitos bucales causan.

La propuesta consiste en visitar la unidad educativa María Inmaculada, brindándoles de manera gratuita charlas y una pancarta educativa, donde se explica la importancia de eliminar los malos hábitos bucales deformantes, todos estos temas serán detallados de manera ilustrativa siendo de fácil interpretación para las personas que pertenecen a la unidad educativa; la pancarta será entregada por el autor de la tesis, comprometiéndolos a realizar una reproducción del trabajo continuando con dicha ayuda en el transcurso del tiempo.

6.9. Beneficiarios.

Los beneficiarios serán los niños de 7 a 12 años de la unidad educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo.

7. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se necesitará la colaboración del director, para que, de forma organizada y eficaz se brinde la charla educativa y se entregue la pancarta educativa.

8. Presupuesto de la propuesta.

El proyecto tendrá un costo de \$ 71.50 dólares americanos financiados por el autor de la tesis.

Rubros.	Cantida d.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo total.	Autogestión.	Aporte externo.
Pancarta.	1	Unidad.	35.00	35.00	35.00	-
Diseñador. Gráfico.	1	Diseño.	30.00	30.00	30.00	-
Subtotal.					65.00	-
Imprevistos 10%					6.50	
Total.					71.50	-

9. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible porque los resultados que ofrece la investigación realizada indican la necesidad de tener conocimientos para prevenir y tratar los hábitos bucales deformantes. La propuesta es sustentable pues se contará con la ayuda del director y los niños de la unidad educativa María Inmaculada.

Anexo 1.

VARIABLES	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	7 a 12 años	Según años cumplidos hasta el momento del estudio.	Número absoluto y porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número absoluto y porcentaje
Habito de Succión digital	Cualitativa dicotómica	Si No	Presencia o no del habito	Número absoluto y porcentaje
Hábitos de morder	Cualitativa dicotómica	Si No	Presencia o no del habito	Número absoluto y porcentaje
Hábitos de respiración bucal	Cualitativa dicotómica	Si No	Presencia o no del habito	Número absoluto y porcentaje
Habito de deglución atípica	Cualitativa dicotómica	Si No	Presencia o no del habito	Número absoluto y porcentaje

Nota: Matriz de Operacionalización de variables, realizado por Winstong Gustavo Martínez Chávez, autor de esta tesis.

Anexo 2



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Carrera de Odontología.

Formulario de encuestas.

Dirigidas a los padres y representantes de la unidad educativa “María Inmaculada” de la Parroquia Andrés de Vera.

Sobre hábitos bucales.

Indicaciones:

- a. Como estudiante de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, solicito su colaboración para realizar mi investigación de campo.
- b. La encuesta es anónima con la finalidad de proporcionarle la mayor facilidad posible al momento de realizarla.
- c. Se requiere que responda todas las preguntas del formulario con la mayor sinceridad posible.
- d. Por favor contestar únicamente una alternativa en cada pregunta.
- e. De antemano se les agradece su gentileza de haber colaborado en esta encuesta.



1.- ¿Usted sabe si su representado presenta algún hábito bucal?

- a) Si ()
- b) No ()

2.- ¿Ha notado si el hábito influye en la posición de los dientes de su representado?

- a) Si ()
- b) No ()

3.- ¿A qué edad su representado comenzó a presentar el hábito?

- a) Desde que nació ()
- b) Cuando ingreso al jardín ()
- c) Cuando ingreso a la escuela ()
- d) No sabe ()

4.- ¿En qué momentos su representado realiza el hábito?

- a) En las mañanas ()
- b) En las tardes ()
- c) En las noches ()
- d) Cuando ve televisión ()
- e) Cuando duerme ()
- f) Cuando lo castigan ()
- g) Todo el tiempo ()

5.- ¿Ha realizado algún tipo de tratamiento para evitar que su representado continúe con el hábito?

- a) Si ()
 - ¿qué tiempo uso el aparato corrector?
 - 0-3 meses ()
 - 3 meses ()
 - 3-6 meses ()
 - Más de 6 meses ()
- b) No ()

Anexo 4.

Presupuesto.

RUBROS	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTION	APORTE EXTERNO
FOTOCOPIAS	UNIDAD	\$0.05	500	\$25.00	X	
INTERNET	HORA	\$0.80	25	\$20.00	X	
TINTA NEGRA	TONER	\$30.00	1	\$30.00	X	
MATERIAL DE OFICINA	PAQUETE HOJAS BON	\$5.50	2	\$11.00	X	
GUANTES	CAJA	\$8.50	8	\$68.00	X	
MASCARILLAS	CAJA	\$6.00	3	\$18.00	X	
VIATICOS	DÓLAR			\$300.00	X	
ANILLADOS	UNIDAD	\$2.00	5	\$10.00	X	
TINTA A COLOR	TONER	\$40.00	1	\$40.00	X	
SUBTOTAL:				\$504.00	X	
IMPREVISTOS 10%:				\$50.40		
TOTAL:				\$554,40		

Nota: cuadro de presupuestos realizado por Winstong Gustavo Martínez Chávez, autor de esta tesis.

Anexo 5.

Plantilla de consentimiento informado

Yo, el abajo firmante.

Con residencia en _____ acepto formar parte en este estudio titulado “Hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la Unidad Educativa María Inmaculada del cantón Portoviejo”.

El investigador me ha informado acerca de las características y duración del estudio.

Accedo a cooperar en la investigación y en caso de notar algo inusual durante la investigación se lo hare saber inmediatamente.

Mi identidad no será revelada por ningún motivo.

Bibliografías.

Aleman, P; Gonzalez, D; Diaz, L y Delgado, Y. (2007). Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. *Rev cubana estomatol.*

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

Apodaca, A. (2004). *Fundamentos de Oclusión*. México DF: Instituto Politécnico Nacional.

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

Ash y Nelson. (2004). *Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental*. Madrid: Elsevier España, S.A.

Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. . [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=oXr3kxs0fGcC&pg=PA669&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=3avLVKa8JfOHsQTpo4KgAw&ved=0CDoQ6AEwBQ#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. . [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=oXr3kxs0fGcC&pg=PA669&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=OWzBVLf4JcHesATl34HQDg&ved=0CDQQ6AEwBA#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

Borrás, S., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA26&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOF9C8qwgTio4SoDg&sqi=2&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

Borrás, S., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA26&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOF9C8qwgTio4SoDg&sqi=2&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

Borrás, S., Rosell, V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. [En línea]. Consultado: [09, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA31&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=3avLVKa8JfOHsQTpo4KgAw&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

Buena Vida (2012). Como corregir el bruxismo infantil. <http://www.lasegunda.com/Noticias/Buena-Vida/2012/08/772764/Como-corregir-el-bruxismo-infantil>

Buena Vida (2012). Como corregir el bruxismo infantil. <http://www.lasegunda.com/Noticias/Buena-Vida/2012/08/772764/Como-corregir-el-bruxismo-infantil>

Buiraz, M., Líbera de Pedelaborde, M. (2013). Voz y tu voz. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=zls1Es0pPKQC&pg=PA50&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=kEK5VIXCK-_ksATzroCwDA&ved=0CCUQ6AEwAjkK#v=onepage&q=succion%20digital&f=false

Caballero, K., Maya, B., Vega, M., Mora, C. (2007). Revista Cubana de Estomatología. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400003&script=sci_arttext

Cepero, Z. Hidalgo, I. Estrada, J. Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista cubana estomatológica*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-75072007000400007&script=sci_arttext

Cepero, Z. Hidalgo, I. Estrada, J. Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista cubana estomatológica*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-75072007000400007&script=sci_arttext

Cepero, Z. Hidalgo, I. Estrada, J. Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista cubana estomatológica*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-75072007000400007&script=sci_arttext

Cepero, Z., Fuentes, I., Riverón, J. Pérez, J. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est07407.pdf

Cinteco(2012). Deglución atípica. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <http://www.cinteco.com/profesionales/2012/12/27/deglucion-atipica/>

Cinteco(2012). Deglución atípica. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <http://www.cinteco.com/profesionales/2012/12/27/deglucion-atipica/>

Cuevas, B. (2008). Identificación de factores y marcadores moleculares de riesgo para cáncer oral. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/BETZACUEVASCORDOBA.pdf>

Cuevillas, G. (2005). Caracterización actual del Síndrome del respirador bucal *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana Cuba. [En línea]. Consultado: [19, enero, 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180417640006.pdf>

Dental Mulet (2013). Malos hábitos bucales. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015]. <http://www.dentalmulet.com/malos-habitos-bucal-1353>

Durán, J. (2013). Tratamiento de la respiración bucal y el ronquido. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en:

<https://www.saluspot.com/articulos/3266-tratamiento-de-la-respiracion-bucal-y-el-ronquido>

EcuRed. (2015). Hábitos bucales. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/H%C3%A1bitos_bucales

García, J. (2010). Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante terapias miofuncionales. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws". (4). Recuperado el 28 de abril de 2014 desde <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art21.pdf>.

Gonzales M, Guida G, Herrera D, 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. Revisión bibliográfica. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

Gonzales M, Guida G, Herrera D, 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. Revisión bibliográfica. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

Gonzales M, Guida G, Herrera D, 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. Revisión bibliográfica. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

Gonzales M, Guida G, Herrera D, 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. Revisión bibliográfica. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

Harfin, J. (2005). Tratamiento ortodóntico en al adulto [En línea]. Consultado: [06, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=Lwb39EunGeIC&pg=PA7&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOf9C8qwgTio4SoDg&sqi=2&ved=0CCkQ6AEwAg#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

Hernández, A. (2015). Me muerdo los labios. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <http://www.revistadominical.com.ve/noticias/firmas/me-muerdo-los-labios.aspx>

Joga, A. (2013). Yoga y dolor por bruxismo. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=ZpDKAwAAQBAJ&pg=PA9&dq=bruxismo&hl=es&sa=X&ei=k17aVLPgIaXjsAS634DYBA&ved=0CCIQ6wEwAQ#v=onepage&q=bruxismo&f=false>

Lugo, C., Toyo, I. (2011). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. [En línea]. Consultado: [19, enero, 2015] Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/pdf/art5.pdf?>

Manns y Biotti. (2006). Manual Práctico de Oclusión Dentaria. Caracas – Venezuela: Amolca

Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

Martínez, H. Garza, G. Martínez, R. Treviño, M. Rivera, G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr*. [En línea]. Consultado: [10, febrero, 2015] disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

Moreno, V., García, L. (2012). Revista colombiana de Investigación en Odontología. Acompañamiento familiar vs aparatología convencional en la corrección de hábitos de succión digital y deglución atípica. [En línea]. Consultado: [20, enero, 2015] Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/112/224>

Moreno, V., García, L. (2012). Revista colombiana de Investigación en Odontología. Acompañamiento familiar vs aparatología convencional en la corrección de hábitos de succión digital y deglución atípica. [En línea]. Consultado: [14, enero, 2015] Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/112/224>

Murrieta, J., Allendelagua, R., Pérez, L., Juárez, L., Linares, C., Meléndez, A., Zurita, V., Solleiro, M., (2011). Boletín médico del Hospital Infantil de México. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462011000100004&script=sci_arttext

Ocampo, A., Johnson, N., Lema, M. (2013). Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. [En línea]. Consultado: [18, enero, 2015] Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/434/435>

Palma, A., & Sánchez, F. (2007). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&pg=PA301&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOf9C8qwggTio4SoDg&sqi=2&ved=0CDoQ6AEwBQ#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

Pérez, K., Reyes, V., Rodríguez, Y., Espasandín, S. (2013). Revista de ciencias médicas. La Habana. Tratamiento del hábito de succión digital mediante la técnica de

relajación. [En línea]. Consultado: [22, enero, 2015] Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/608/1057>

Plata, E., Leal, F. (2002). El pediatra eficiente. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=IXsYxj4zTDcC&pg=PA499&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOF9C8qwggTio4SoDg&sqi=2&ved=0CDMQ6AEwBA#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

Posada., Álvaro, D., Gómez, J., Ramírez, H. (2005). El niño sano. [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=k0wodPSaT4cC&pg=PA206&dq=succion+digital&hl=es&sa=X&ei=Dza5VOF9C8qwggTio4SoDg&sqi=2&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=succion%20digital&f=false>

Psicoglobalia (2012).8 consejos para que no se muerdan las uñas. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015]. <http://www.psicoglobalia.com/tag/onico-fagia/>

Psicoglobalia (2012).8 consejos para que no se muerdan las uñas. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015]. <http://www.psicoglobalia.com/tag/onico-fagia/>

Psicoglobalia (2012).8 consejos para que no se muerdan las uñas. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015]. <http://www.psicoglobalia.com/tag/onico-fagia/>

Quirós, O. (2000). Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva. Caracas – Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A.

Restrepo, S. (2009). Tratamiento de succión digital en niños. Revisión sistemática. Ces Odontología. 2 (22). Recuperado el 28 de abril de 2014 desde <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/269>.

Reyes D. Rosales K. Roselló O. García D. (2006). Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 – 2005. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/habitos_bucales_deformantes.asp

Rodríguez, A. (1997). Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. *Rev Cubana Estomatol.* [En línea]. Consultado: [09, enero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071997000100007

Rojas, V. (2001) Prevalencia de malos hábitos orales y respiración bucal en niños de 5 a 17 años del área de Santiago Centro. *Biblioteca virtual em saúde.* 19(1):9-19. Extraído el 28 abril de 2014 desde <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=300068&indexSearch=ID>

Sanchis S & Clari V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. <http://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA33&lpg=PA33&dq=interposicion+lingual&source=bl&ots=XzNvTX2o3r&sig=3y9eScpvQ6hkCHa3cEECIar-LYI&hl=es-419&sa=X&ei=7UjtU7CFCuPIsATS8oKoAg&ved=0CC0Q6AEwAjgU#v=onepage&q=interposicion%20lingual&f=false>

Sanchis S & Clari V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. <http://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA33&lpg=PA33&dq=interposicion+lingual&source=bl&ots=XzNvTX2o3r&sig=3y9eScpvQ6hkCHa3cEECIar-LYI&hl=es-419&sa=X&ei=7UjtU7CFCuPIsATS8oKoAg&ved=0CC0Q6AEwAjgU#v=onepage&q=interposicion%20lingual&f=false>

Sanchis S & Clari V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. <http://books.google.com.ec/books?id=4io2LnxBOV0C&pg=PA33&lpg=PA33&dq=interposicion+lingual&source=bl&ots=XzNvTX2o3r&sig=3y9eScpvQ6hkCHa3cEECIar-LYI&hl=es-419&sa=X&ei=7UjtU7CFCuPIsATS8oKoAg&ved=0CC0Q6AEwAjgU#v=onepage&q=interposicion%20lingual&f=false>

Sih, T., Sakano, E., Hayashi, L., Morelló, G., (1999). *Otorrinolaringología Pediátrica.* [En línea]. Consultado: [07, enero, 2015] Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=IkqxF_-9Cz4C&pg=PA59&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=OWzBVLf4JcHesAT134HQDg&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false

Silva, G., Bulnes, R., Rodríguez, L., (2014). Prevalencia de hábito de respiración oral como factor etiológico de maloclusión en escolares del Centro, Tabasco. [En línea]. Consultado: [15, enero, 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od146e.pdf>

Silvestre, F., Plaza, A. (2007). Odontología en pacientes especiales. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=cU3z1gGWI4oC&pg=PA280&dq=bruxismo+caras+oclusales&hl=es&sa=X&ei=xGfaVPO-FIX4yQTxpIFI&ved=0CC8Q6wEwAw#v=onepage&q=bruxismo%20caras%20oclusales&f=false>

Solano, E. (2012). Manual Teórico Práctico de Ortodoncia. Sevilla: Secretaria de Publicaciones Universidad de Sevilla

Ustrell, J., Durán, J. (2002). Ortodoncia. [En línea]. Consultado: [10, enero, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=nUiaFleaVAAC&pg=PA172&dq=respiracion+bucal&hl=es&sa=X&ei=OWzBVLf4JcHesATl34HQDg&ved=0CC0Q6AEwAw#v=onepage&q=respiracion%20bucal&f=false>

Vallejo Bolaños, E., González Rodríguez, E., & Del Castillo Salmerón, R. (2002). El bruxismo infantil. Odontología Pediátrica. <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=189744>

Gill, C., Castilla, M., Belmont, L., (2006). Prevalencia de factores parafuncionales y la sintomatología dolorosa en pacientes portadores de prótesis parcial removible: un estudio comparativo basado en las diferentes clases de Kennedy. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1929/1936>

Muller, R. & Soledad, P. (2014). Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

Muller, R. & Soledad, P. (2014). Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

Muller, R. & Soledad, P. (2014). Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. [En línea]. Consultado: [9, febrero, 2015] Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

