



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

TESINA

Previo a la obtención del Título de Especialista en Atención Primaria de la Salud

T E M A

LOS HÁBITOS ORALES Y LAS MALOCCLUSIONES EN NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA COTOPAXI. CANTÓN SANTA ANA. PROVINCIA DE MANABÍ. PERÍODO 2013.

AUTORA

DRA. CEDEÑO CHÉRREZ FERNANDA ELIZABETH

GUARANDA, MARZO DE 2014.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

**ESPECIALIZACIÓN
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
RESOLUCIÓN: CONESUP. RCA. S01-No. 3508**

T E M A

LOS HÁBITOS ORALES Y LAS MALOCLUSIONES EN NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA COTOPAXI, CANTÓN SANTA ANA, PROVINCIA DE MANABÍ, PERÍODO 2013.

**AUTORA
DRA. CEDEÑO CHÉRREZ FERNANDA ELIZABETH**

GUARANDA, MARZO DE 2014



CERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE REVISIÓN DE TESINA

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE APS**

TEMA:

**LOS HÁBITOS ORALES Y LAS MALOCLUSIONES EN
NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA FISCAL
MIXTA COTOPAXI. CANTÓN SANTA ANA. PROVINCIA DE
MANABÍ. PERÍODO 2013.**

LA COMISIÓN CERTIFICA QUE:

Luego que el trabajo de investigación ha sido revisado, analizado y corregido, éste cumple con la normativa exigida.

.....
LA COMISIÓN

AUTORÍA NOTARIADA

Los contenidos, opiniones y comentarios, del presente trabajo de investigación titulado: **LOS HÁBITOS ORALES Y LAS MALOCLUSIONES EN NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA COTOPAXI. CANTÓN SANTA ANA. PROVINCIA DE MANABÍ. PERÍODO 2013**, son de absoluta responsabilidad de la autora.

Guaranda, 02 de Marzo de 2014

Fernanda Elizabeth Cedeño Chèrrez
C.C. 131261013-0

DECLARACIÓN

YO, **Cedeño Chérrez Fernanda Elizabeth**, Autora, del tema de tesina **LOS HÁBITOS ORALES Y LAS MALOCLUSIONES EN NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA COTOPAXI. CANTÓN SANTA ANA. PROVINCIA DE MANABÍ. PERÍODO 2013**, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; este documento no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que las referencias bibliográficas que se incluye han sido consultadas por el autor.

La Universidad Estatal de Bolívar puede hacer uso de los derechos de publicación correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa institucional vigente.

f.....

Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

C.C.N.° 131261013-0

AUTORA

DEDICATORIA

De todo corazón es meritorio dedicarle este triunfo a cada una de las personas que estuvo ahí para apoyarme:

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida y darme los medios necesarios para seguir capacitándome constantemente y servir al prójimo de la mejor manera; siendo un apoyo incondicional para lograrlo, ya que sin él no hubiera sido posible.

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

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

A mi padre Fernando Cedeño por brindarme los recursos necesarios, por apoyarme y creer en mí.

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

Fernanda Elizabeth

AGRADECIMIENTO

La vida es un camino abierto, y por el cual vamos con gozo y esperanza, sin vanos temores; pues la fuerza de superación interior nos ayuda a vencer nuestras fatigas, haciéndonos renacer a cada instante.

Mi gratitud está dirigida principalmente a la Universidad Estatal de Bolívar que me acogió en sus aulas para formarme como una profesional de gran valor humanitario.

Agradezco al Departamento de Postgrado por haberme permitido lograr este objetivo.

Agradezco profundamente al Doctor Roberto Espinoza por haber compartido su tiempo y experiencia conmigo para llevar a cabo mi proyecto, por sus valiosos comentarios y conocimientos enriquecedores.

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

Fernanda Elizabeth

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÒN DE LA COMISIÒN DE REVISIÒN DE TESINA	1
AUTORIÀ NOTARIADA	2
DECLARACIÒN	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
ÌNDICE GENERAL	6
ÌNDICE DE TABLAS	10
ÌNDICE DE FIGURAS	11
ÌNDICE DE IMÀGENES	12
ÌNDICE DE ANEXOS	13
RESUMEN	14
SUMMARY	15
ANTECEDENTES	16
INTRODUCCIÒN	18
PROBLEMATIZACIÒN	20
ÁRBOL DEL PROBLEMAS	20
DESCRIPCIÒN	20
PLANTEAMIENTO	21
FORMULACIÒN	22
SUBPROBLEMAS	22

PROGNOSIS	23
TEMA DE INVESTIGACIÓN	24
CAPÍTULO I	25
1 MARCO TEÓRICO	26
1.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	26
1.2 FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA	26
1.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	27
1.3.1 SECCIÓN SÉPTIMA: Salud	27
1.3.2 SECCIÓN SEGUNDA: Salud	28
1.3.3 SECCIÓN QUINTA: Niñas, niños y adolescentes	29
1.3.4 CAPITULO I: Del derecho a la salud y su protección	29
1.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	30
1.4.1 FUNDAMENTACIÓN REFERENCIAL	30
1.4.1.1 Historia	30
1.4.1.2 Misión	30
1.4.1.3 Visión	30
1.4.1.4 Objetivos	31
1.4.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	32
1.4.2.1 HÁBITOS ORALES	32
1.4.2.1.1 Tipos de hábitos	32
1.4.2.1.2 Clasificación etiológica de los hábitos	33

1.4.2.1.3 Clasificación de los hábitos según la forma de actuar	34
1.4.2.1.4 Factores que modifican la acción de un hábito	35
1.4.2.1.5 Factores que contribuyen a la severidad del hábito	36
1.4.2.1.6 Hábitos orales causantes de maloclusiones	37
1.4.2.1.7 Opciones de tratamientos de erradicación de los hábitos	42
1.4.2.1.8 Tratamiento psicológico	43
1.4.2.2 MALOCLUSIONES	44
1.4.2.2.1 Etiología de las maloclusiones	44
1.4.2.2.2 Clasificación de la maloclusión	46
1.4.2.2.3 Tipos de maloclusiones asociadas a los hábitos bucales	48
1.4.2.2.4 Perfil del paciente	51
1.4.2.2.5 Forma de los arcos	52
1.4.2.2.6 Simetría de los arcos	52
1.4.3 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	53
CAPÍTULO II	54
2 METODOLOGÍA	55
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	55
2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	55
2.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	55
2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	55
2.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	56

2.6 TIPO DE MUESTREO	56
2.7 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	56
2.8 HIPÓTESIS U IDEA A DEFENDER	56
CAPÍTULO III	58
3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	59
3.6 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	74
3.7 CONCLUSIONES	75
3.8 RECOMENDACIONES	75
CAPÍTULO IV	77
4.1 TEMA DE LA GUÍA	78
4.2 PRESENTACIÓN	78
4.3 OBJETIVOS	78
4.3.1 Objetivo general	78
4.3.2Objetivos específicos	79
4.4 FUNDAMENTACIÓN	79
4.5 CONTENIDO	80
4.6 OPERABILIDAD O CRONOGRAMA	83
4.7 BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	89

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1	
1.- ¿Qué hábito presenta su hijo?	44
TABLA N°2	
2.- ¿En qué momentos ha visto a su hijo realizar el hábito?	45
TABLA N°3	
3.- ¿Con qué frecuencia realiza el hábito su hijo?	46
TABLA N°4	
4.- ¿Cuánto dura su hijo realizando el hábito?	47
TABLA N°5	
5.- ¿Con qué intensidad realiza el hábito su hijo?	48
TABLA N°6	
6.- ¿Desde qué edad empezó el hábito su hijo?	49
TABLA N°7	
7.- ¿Por qué cree usted que presenta o ha desarrollado el hábito su hijo?	50
TABLA N°8	
8.- ¿Presenta su hijo alguna obstrucción funcional o anatómica que le dificulte la respiración?	51
TABLA N°9	
9.- ¿Se ha dado cuenta si su hijo respira por la boca?	52
TABLA N°10	
Perfil del paciente	53
TABLA N°11	
Hábito	54
TABLA N°12	
Forma de la arcada del maxilar superior	55
TABLA N°13	
Forma de la arcada del maxilar inferior	56
TABLA N°14	
Maloclusión	57
TABLA N°15	
Tipo de maloclusión	58

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1	
1.- ¿Qué hábito presenta su hijo?	44
FIGURA N°2	
2.- ¿En qué momentos ha visto a su hijo realizar el hábito?	45
FIGURA N°3	
3.- ¿Con qué frecuencia realiza el hábito su hijo?	46
FIGURA N°4	
4.- ¿Cuánto dura su hijo realizando el hábito?	47
FIGURA N°5	
5.- ¿Con qué intensidad realiza el hábito su hijo?	48
FIGURA N°6	
6.- ¿Desde qué edad empezó el hábito su hijo?	49
FIGURA N°7	
7.- ¿Por qué cree usted que presenta o ha desarrollado el hábito su hijo?	50
FIGURA N°8	
8.- ¿Presenta su hijo alguna obstrucción funcional o anatómica que le dificulte la respiración?	51
FIGURA N°9	
9.- ¿Se ha dado cuenta si su hijo respira por la boca?	52
FIGURA N°10	
PERFIL DEL PACIENTE	53
FIGURA N°11	
HÁBITO	54
FIGURA N°12	
FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR SUPERIOR	55
FIGURA N°13	
FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR INFERIOR	56
FIGURA N°14	
MALOCLUSIÓN	57
FIGURA N°15	
TIPO DE MALOCLUSIÓN	58

ÍNDICE DE IMÁGENES

HÁBITOS MÁS FRECUENTES

- SUCCIÓN DIGITAL
- RESPIRACIÓN BUCAL
- ONICOFAGIA

MALOCLUSIONES CAUSADAS POR LOS HÁBITOS

- MORDIDA PROFUNDA
- MORDIDA ABIERTA
- APIÑAMIENTO

TIPO DE MALOCLUSIONES

TIPO DE PERFILES FACIALES

ÍNDICE DE ANEXOS

- ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES Y MADRES DE FAMILIA DE NIÑAS Y NIÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA COTOPAXI
- FICHA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA COTOPAXI
- IMÁGENES
- TRÍPTICO DE LA GUÍA “SONRÍE SIN MIEDO”
- FOTOS

RESUMEN

El estudio sobre los hábitos orales y las maloclusiones en niñas y niños de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi, del cantón Santa Ana, provincia de Manabí; nos indica que existe en la actualidad una elevada incidencia desde temprana edad. Por tal motivo se planteó establecer la presencia de hábitos orales y su influencia en las maloclusiones dentales, mediante la observación clínica; para la detección y tratamiento oportuno de problemas oclusales.

Fueron estudiados 82 estudiantes, entre niñas y niños de 5 a 12 años para la recolección de datos, utilizando ficha de observación de cada estudiante, logrando identificar los hábitos orales adquiridos y los tipos de maloclusiones presentes, para la evaluación de cada caso. Además mediante una encuesta dirigida a padres y madres de familia, se consideró el sexo y la edad de niñas y niños que presentan hábitos orales; para relacionarlos con el tipo de maloclusión. Permitiendo diseñar una propuesta de solución al problema encontrado, mediante la concientización, para adquirir hábitos adecuados y mejorar nuestro estilo de vida.

La presente investigación usó metodología bibliográfica; ya que para el desarrollo de esta, se utilizaron libros de odontología relacionados con el tema a investigar, revistas e información de internet. Y metodología de campo porque la información bibliográfica se la llevó al escenario donde se presentó el problema, utilizando fichas de observación y encuestas.

Y, a través de los resultados obtenidos se pudo comprobar que los hábitos orales inciden significativamente en la presencia de maloclusiones en niños y niñas escolares de 5 a 12 años de edad. Concluyendo que 26 niños que corresponde al 32% mordida abierta como maloclusión, asociada con el hábito de succión digital; 23 niños que corresponde al 28% presentaron mordida profunda como maloclusión, asociada con el hábito de respiración bucal; y apiñamiento dental 20 niños que corresponden al 24% como maloclusión, asociada con el hábito de onicofagia.

SUMMARY

The study of oral habits and malocclusion in children 5 to 12 years of the Joint Fiscal Cotopaxi School, Santa Ana Canton, province of Manabí, indicates that there is currently a high incidence early. Therefore it was proposed to establish the presence of oral habits and their influence on dental malocclusion, by clinical observation for the detection and treatment of occlusal problems.

We studied 82 students, including children from 5 to 12 years to collect data, using observation sheet for each student, making identifying the acquired oral habits and malocclusion types present, for the evaluation of each case. Besides using a survey of parents and mothers, it was considered the sex and age of children who have oral habits, to relate to the type of malocclusion. Allowing design a proposed solution to the problem found, through awareness, to acquire good habits and improve our lifestyle.

This bibliographic research methodology used, since for the development of this, dental books on the topic to investigate, magazines and internet information were used. And because the field methodology bibliographic information led to the scenario where the problem occurred, using observation forms and surveys.

And, through the results it was found that oral habits significantly affect the presence of malocclusion in school children of 5-12 years old. Concluding that , 26 students between children corresponding to 32 % presented as open bite malocclusion associated with thumb sucking ; 23 children corresponding to 28% with deep bite and malocclusion, associated with the habit of mouth breathing , and crowding 20 children corresponding to 24 % as malocclusion, associated with the habit of nail biting .

ANTECEDENTES

Se han realizados varios estudios en diversos países y a nivel mundial, acerca de una problemática de gran relevancia en el campo de la odontología; ya que hasta la actualidad no se ha conseguido erradicar de por sí, la presencia de maloclusiones; siendo una de sus principales causas la práctica de hábitos orales inadecuados.

Entre estos estudios está el realizado por Quirós, en Jardín de Infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, en una población de 45 niños entre los 4 y 6 años de edad; determinó que el 80% de la población estudiada presentó algún tipo de maloclusiones y más del 60% algún tipo de hábitos.

Otro estudio de hábitos de succión y la relación oclusal fue realizado en Lima-Perú (2000) según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa entre 3 y 5 años, se observó de un total de 90 niños- 44,4% de sexo masculino y 55,6% femenino-donde los que tuvieron una lactancia materna presentaron una frecuencia de hábitos de succión no nutritiva del 18% 5,6% , una clase I con 62,2%, clase II con 8,9% y no encontrándose casos en relación de clase III y, los que usaron una lactancia artificial-uso del biberón- presentaron una frecuencia de hábitos del 81,8% con un 5,6%.

En Ecuador uno de los últimos estudios realizados acerca de las maloclusiones y sus causas más comunes se hizo en hombres mestizos ecuatorianos entre 18 a 22 años de edad realizado en la Segunda Zona Naval en San Cristóbal - Galápagos. Los resultados obtenidos demostraron que el 20% presentó algún tipo de incompatibilidad labial, esto debido a presencia de algún hábito no fisiológico.

De los 25 casos estudiados se presentó solo un caso de mordida abierta anterior y ninguno de mordida cruzada posterior. Se presentaron más pacientes con zonas de apiñamiento que con diastemas y se registraron 4 casos de dientes ectópicos. En cuanto al tipo de maloclusión el 42% de la muestra presentó Clase I, 0% Clase II y

25% Clase III bilateral de Angle. En relación canina el 67% presentó Clase I, 0% Clase II y 4% Clase III bilateral.

Dicha problemática también ha sido estudiada en la provincia de Manabí, en la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, por presentarse un alto índice de personas en la provincia con problema de maloclusiones, muchas de ellas, a causa de la presencia de algún hábito oral practicado en la infancia, y que contribuyó a la formación de una oclusión deficiente.

Encontrándose en la actual y en nuestro medio altos niveles de problemas oclusales, que no son evitados ni tratados a tiempo por falta de conocimientos de parte de las personas que practican malos hábitos y que no saben las consecuencias de los mismos.

Siendo de gran importancia el estudio de dicha problemática en el cantón Santa Ana, provincia de Manabí, donde niños y niñas de diferentes instituciones del cantón buscan atención odontológica por presentar este tipo de problemas y en busca de la solución de los mismos, es por ello; que se da la realización del presente estudio con los estudiantes de la Escuela Fiscal Mixta “Cotopaxi” , escogiendo a niños y niñas entre 5 años a 12 años de edad, ya que es la edad donde se presenta con mayor frecuencia el inicio y desarrollo de cualquier hábito oral provocando a futura una maloclusión.

INTRODUCCIÓN

La presencia de un hábito oral puede tener, o no, un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del niño. La valoración de estas conductas debe abarcar una evaluación completa del hábito en sí mismo y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud oral así como de la necesidad de instaurar un tratamiento precoz interceptivo que limite o corrija las repercusiones locales o generales de los hábitos perniciosos. (Roldán, 2011)

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

Con este estudio que tiene como tema “Los hábitos orales y las maloclusiones en niños y niñas de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Cantón Santa Ana. Provincia de Manabí. Período 2013” se pretendió relacionar, mediante un análisis multivariante, la presencia de distintos hábitos orales con la aparición de maloclusión.

Planteándose como objetivo establecer la presencia de hábitos orales y su influencia en las maloclusiones dentales de niños y niñas de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi, mediante la observación clínica; para la detección y tratamiento oportuno de problemas oclusales. Llegándose a identificar los hábitos orales adquiridos y los tipos de maloclusiones presentes en niños y niñas, mediante examen clínico; para la evaluación de cada caso.

A demás se busca considerar sexo y edad de los niños con hábitos orales, que presentan alteraciones oclusales; a través de encuestas a padres y madres de familia; para relacionarlos con el tipo de maloclusión. Permitiendo diseñar una propuesta de solución al problema encontrado; mediante la concientización; para adquirir hábitos adecuados y mejorar nuestro estilo de vida.

Y, cumpliendo con los objetivos anteriormente planteados se llegue a defender la idea de que los hábitos orales inciden significativamente en la presencia de maloclusión dental en niñas y niños escolares de 5 a 12 años.

Considerando el índice elevado de maloclusiones causadas por la práctica de hábitos orales y la falta de conocimiento de medidas de prevención odontológica que tienen los padres y madres de familia y educadores, se espera que mediante los resultados de la presente investigación se logre cumplir con los objetivos planteados y así poder disminuir la presencia de hábitos orales adquiridos en niñas y niños para prevenir problemas dentales a futuro, resaltando la importancia de la relación afectiva entre padres e hijos para mejorar la atención que estos deben de brindar a sus hijos.

Además, se espera inculcar a los niños, la importancia del autocuidado y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de su salud bucal y general, la formación de estos estilos de vida en las edades tempranas, la educación de los padres como elemento fundamental, así como el rol del personal de educación y todo aquel que en su contacto directo con el niño impulse la costumbre de buenos hábitos orales y de salud en general. (Fernández, 2008)

En la presente investigación se detalla en el capítulo I, la conceptualización de las dos variables en el marco teórico; en el capítulo II se indica la metodología utilizada para llevar a cabo la presente investigación; pudiéndose analizar y llegar a la interpretación de los resultados en el capítulo III; los cuales nos llevan a desarrollar la Guía del proyecto, detallada en el capítulo IV, con el fin de buscar una solución al problema.

“Si queremos tener buenos pacientes infantiles primero tendremos que educar a los padres”

Finn

OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer la presencia de hábitos orales y su influencia en las maloclusiones dentales de los niños y niñas de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi, mediante la observación clínica; para la detección y tratamiento oportuno de problemas oclusales

Objetivos específicos

- Identificar los hábitos orales adquiridos y tipos de maloclusiones presentes en los niños y niñas, mediante examen clínico; para la evaluación y diagnóstico de cada caso.
- Considerar sexo y edad de los niños y niñas con hábitos orales, que presentan maloclusiones; a través de encuestas a padres y madres de familia; para relacionarlos con el comportamiento de la oclusión de acuerdo a su grupo etáreo.
- Diseñar una propuesta de solución al problema encontrado; mediante charlas educativas; para adquirir hábitos adecuados y mejorar nuestro estilo de vida.

PROBLEMATIZACIÓN

ÁRBOL DE PROBLEMAS

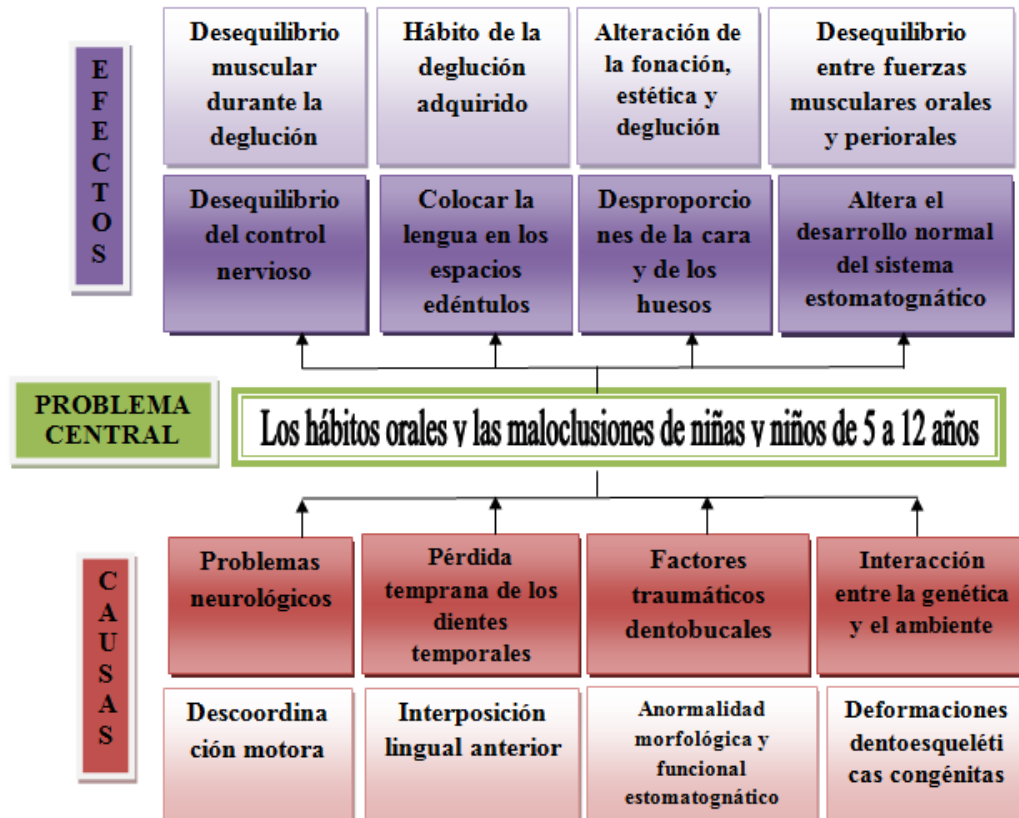


Figura 1
Árbol del Problema

DESCRIPCIÓN

La presencia de hábitos se puede deber a problemas neurológicos que presente el niño; lo cual provoca un desequilibrio del control nervioso; es decir estos niños no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora, en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.

También se puede deber a la pérdida temprana de los dientes temporales anteriores, que hacen que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.

Una de las principales causas de maloclusión son los factores traumáticos bucodentales que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral, provocando una desproporción de la cara y de los huesos; lo cual va acompañado de una anormal morfología y función del sistema estomatognático, alterando la fonación, estética y deglución del niño.

Además, la maloclusión está relacionada con factores de carácter genético y ambiental, pudiendo presentarse una alteración del equilibrio y desarrollo normal del sistema estomatognático; a causa de deformaciones dento-esqueléticas congénitas existentes en el niño; lo que como resultado lleva a un desequilibrio entre las fuerzas musculares orales y periorales.

PLANTEAMIENTO

La presencia de hábitos parafuncionales en un paciente es un factor de riesgo para la maloclusión, porque rompe el equilibrio normal que debe de existir en la boca. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. (M., 2010)

Las estadísticas a nivel mundial hablan de índices de mala oclusión en la sociedad actual. En los E.E.U.U. entre un 40% y 60% de los adolescentes presentan claros signos de mala oclusión. En Chile estos porcentajes son parecidos presentando maloclusiones el 53% de los adolescentes de 12 años, los cuales son candidatos a tratamientos. Por consiguiente se puede decir que la mala oclusión tiene características de epidemia en los tiempos modernos. (Vigabriel, 2012)

Latinoamérica no es la excepción, porque también tiene una situación preocupante, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población. La mayoría de los pacientes afectados, muestran evidencias de esta patología desde la infancia y se asocia de forma directa con la ausencia de lactancia materna, sustituida por la alimentación artificial con biberón o al uso de chupos de entretención. (Muñoz Vásquez, 2007)

En Ecuador se hizo un estudio en la Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias de la Salud; para determinar la prevalencia de maloclusiones en dos poblaciones heterogéneas de niños ecuatorianos, residentes y, en su mayoría, nacidos en la ciudad de Quito. Se analizaron 634 niños, ubicados casi en iguales proporciones en dos rangos etarios, de 4-5 y 8-9 años de edad, estudiantes de 4 escuelas ubicadas en distintas zonas geográficas de la ciudad, tanto fiscales como privadas, siendo la edad más afectada en niños comprendida entre 5 a 12 años de edad, sobre todo en dentición mixta, ya que durante este período las irregularidades de mala oclusión por malos hábitos son más frecuentes. (Rosenfeld, 2008)

Estudios realizados en la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, en la Provincia de Manabí; identificaron la presencia de hábitos parafuncionales causantes de maloclusión, presentando el hábito de respiración bucal 24 niños que corresponde al 30%; 22 niños presentaron el hábito succión digital que corresponde al 27%; y por último 13 niños que corresponden al 16% presentaron el hábito de onicofagia. (Cedeño Chérrez, 2012)

Los hábitos bucales (no fisiológicos) son uno de los principales factores etiológicos causante de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final de una deformación ósea. (Rodríguez Yañez, 2007)

FORMULACIÓN

¿Cómo inciden los hábitos orales en las maloclusiones de los niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi del cantón Santa Ana?

SUBPROBLEMAS

- Practica de malas costumbres y estilos de vida desde edades tempranas
- Deficiente higiene bucal y medidas de higiene.
- Falta de educación de padres y madres de familia

- Falta de información por parte del personal de educación a los niños en las escuelas.
- Carencia de conocimientos de medidas de prevención odontológica.
- Falta de afecto de padres a hijos
- Deficiente desarrollo emocional
- Trastornos hereditarios
- Trastornos psicológicos y ausencia de terapia psicológica conductual.

PROGNOSIS

¿Qué sucedería si en la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi del cantón Santa Ana no se investiga la incidencia de la maloclusión por presencia de hábitos orales?

TEMA DE INVESTIGACIÓN

**LOS HÁBITOS ORALES Y LAS MALOCLUSIONES EN NIÑAS Y NIÑOS
DE 5 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA COTOPAXI.
CANTÓN SANTA ANA. PROVINCIA DE MANABÍ. PERÍODO 2013.**

CAPÍTULO I

1 MARCO TEÓRICO

1.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Los hábitos son producto de las funciones normales, adquiridas o aprendidas, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación, etc., y otros que no responden a la satisfacción de ninguna necesidad biológica. (Escriván, 2007)

Se concluye que en un principio los hábitos pueden ser acciones normales o que se adquieren por una necesidad biológica, como la respiración; mientras que existen hábitos que se realizan consciente o inconscientemente, que no se deben a ninguna necesidad biológica y que son causantes de maloclusiones.

Cuando el chuparse el dedo no se detiene a la edad apropiada (generalmente a los cinco años), los padres deben comenzar a desalentar su práctica. Chuparse el dedo por tiempo prolongado puede afectar severamente la mordida de su hijo y contribuir al desarrollo de dientes amontonados o torcidos, así como también el desarrollo de los labios y la cara. (Claudia, 2005)

Según concluye la autora, se debe corregir a tiempo el hábito de chuparse el dedo, con la intervención de los padres; ya que si se lo practica de forma prolongada (más de 5 años), éste podría causar serios problemas oclusales como el apiñamiento dental (dientes amontonados) y un desequilibrio en las estructuras de la cara.

1.2 FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los

padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional (Laboren, 2010)

Según se concluye que los hábitos bucales se presentan muchas veces como reacciones secundarias ante comportamientos de estrés o nervios; o bien deberse a una conducta emocional deficiente, debido a problemas en el entorno familiar como falta de atención de los padres.

Las maloclusiones son desviaciones de la oclusión en relación con la posición de los dientes; la función deficiente del sistema masticatorio y las irregularidades del crecimiento de todo el macizo facial, tienen origen multicausal, aunque se ha comprobado que existe una interacción entre los factores ambientales y la herencia, los que actúan sobre todo en el período de la infancia, siendo los hábitos bucales deformantes la causa más frecuente de su aparición. (Martín, 2010)

Según concluye la autora, las maloclusiones tienen un origen multicausal; el cual puede afectar la armonía oclusal y facial; existiendo en ocasiones una interacción entre factores ambientales y de herencia, siendo los hábitos bucales uno de los principales factores causantes de maloclusión durante la infancia.

1.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

De acuerdo a la Constitución Nacional de la República del Ecuador, vigente en su Sección Séptima, Salud determina:

1.3.1 SECCIÓN SÉPTIMA: Salud

Art.32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de

salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Comentario: Esta ley garantiza la salud para todos los ecuatorianos, y su enfoque concuerda con el Plan Nacional del Buen Vivir “Sumak Kawsay”, que busca por sobre toda las cosas la armonía en derecho constitucional, sin importar edad, sexo, raza o estrato social.

Art. 350.- El sistema de educación superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo.

1.3.2 SECCIÓN SEGUNDA

Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

1.3.3 SECCIÓN QUINTA

Niñas, niños y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

1.3.4 CAPITULO I

Del derecho a la salud y su protección

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Comentario: La finalidad de esta ley es enmarcar el concepto de salud, no solamente como la ausencia de una enfermedad, si no, se compromete a toda la sociedad a participar del proceso de construcción de la salud en el Ecuador.

1.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.4.1 FUNDAMENTACIÓN REFERENCIAL

1.4.1.1 Historia

La Escuela Fiscal Mixta “Cotopaxi N°. 201”, pertenece al recinto las Guaijas de la parroquia y cantón Santa Ana.

Comenzó a funcionar en el mes de octubre de 1936, como escuela particular en un terreno, propiedad de las hermanas García Cantos. Posteriormente los padres de familia se organizaron y consiguieron la fiscalización de la escuela en el año 1938, con el nombre de Guadalajara. También se tenía que legalizar el terreno, comprándose la mitad mediante gestiones de los padres de familia.

En 1943 la escuela participó en un concurso de costura y trabajo práctico, con el dibujo de un paisaje donde sobresalió el volcán Cotopaxi, es ahí en donde cambia el nombre de Guadalajara a Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi.

1.4.1.2 Misión

Brindar a los alumnos una educación de calidad y calidez que los forme como personas competentes; en donde desarrollen al máximo sus habilidades y destrezas para crear mejores estilos de vida; en donde proyecten valores humanos y éticos, siendo capaces de transformar su entorno.

1.4.1.3 Visión

Afianzar la educación como eje fundamental y básico hasta alcanzar niveles de excelencia, consolidando responsablemente los esfuerzos de autoridades y de la sociedad para brindar un servicio eficiente y eficaz que satisfaga plenamente las necesidades y expectativas de los educandos, logrando su desarrollo integral.

1.4.1.4 Objetivos

Asegurar que los niños y niñas:

- Desarrollen habilidades y destrezas intelectuales que les permitan aprender permanentemente, así como actuar con eficacia e iniciativa en las cuestiones prácticas de la vida cotidiana.
- Se formen ética y moralmente mediante el conocimiento de sus derechos, deberes y la práctica de valores en su vida personal, en sus relaciones con los demás.
- Adquieran buenas costumbres y hábitos, para mejorar en todos los aspectos sus estilos de vida.
- Se relacionen con la preservación de la salud, dándole la debida importancia; siendo oportunos para evitar complicaciones a futuro.
- Demuestren interés en realizar actividades sanas como es el ejercicio físico y deportivo.
- Fomenten actitudes propicias para el aprecio y demostración de las artes.
- Tengan conocimientos acerca de su realidad actual, comprendiendo todo el entorno que les rodea, integrándose al cuidado del medio ambiente, al adecuado uso de los recursos naturales; así como tener una visión de su geografía e historia.

1.4.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.4.2.1 HÁBITOS ORALES

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente o definirse como la modificación de una función que se ha hecho permanente por repetición constante automática. (Beatriz, 2007)

Se concluye que los hábitos son producto de funciones normales, adquiridas o aprendidas, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación, etc., y otros que responden a la satisfacción de ninguna necesidad biológica.

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

1.4.2.1.1 Tipos de hábitos

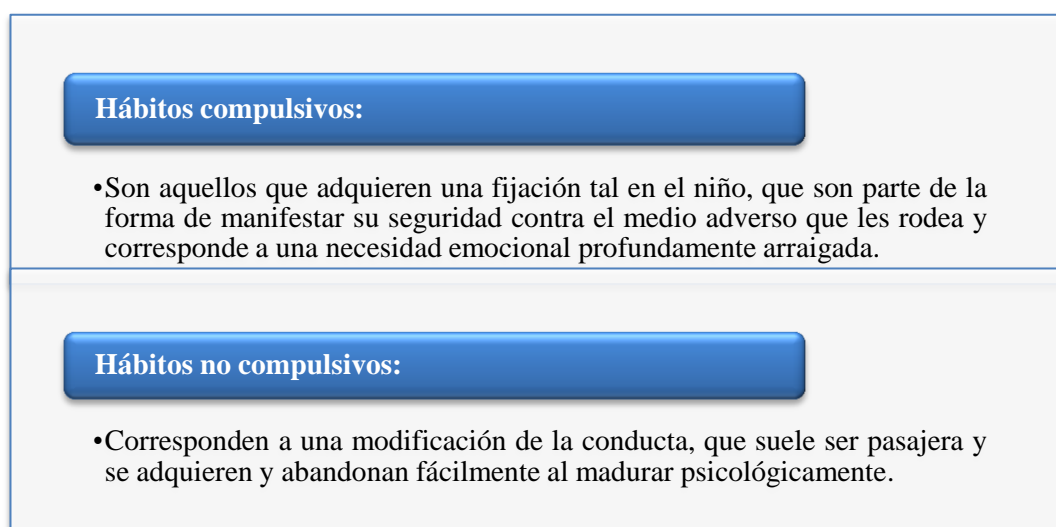


Figura N° 2

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

Los hábitos pueden ser de dos tipos: útiles o dañinos; los primeros son aquellos que son producto de las funciones normales, adquiridas o aprendidas, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación, etc. Se consideran entre los segundos aquellos que no responden a la satisfacción de ninguna necesidad biológica, son perversión de esas funciones y pueden llegar a ser lesivos a la integridad de todo el sistema estomatognático: dientes, estructuras de soporte, lengua, labios, ATM, etc. (Escriván, 2007)

Según nos explica la autora, la presencia de hábitos orales en un principio se los considera normales ayudando a la formación de ciertas estructuras óseas; sin embargo en un futuro la adquisición de estos hábitos corresponden a una necesidad emocional; muchas veces adquiridos como una forma de defensa al medio que nos rodea creándose ya un hábito deformante o dañino.

1.4.2.1.2 Clasificación etiológica de los hábitos

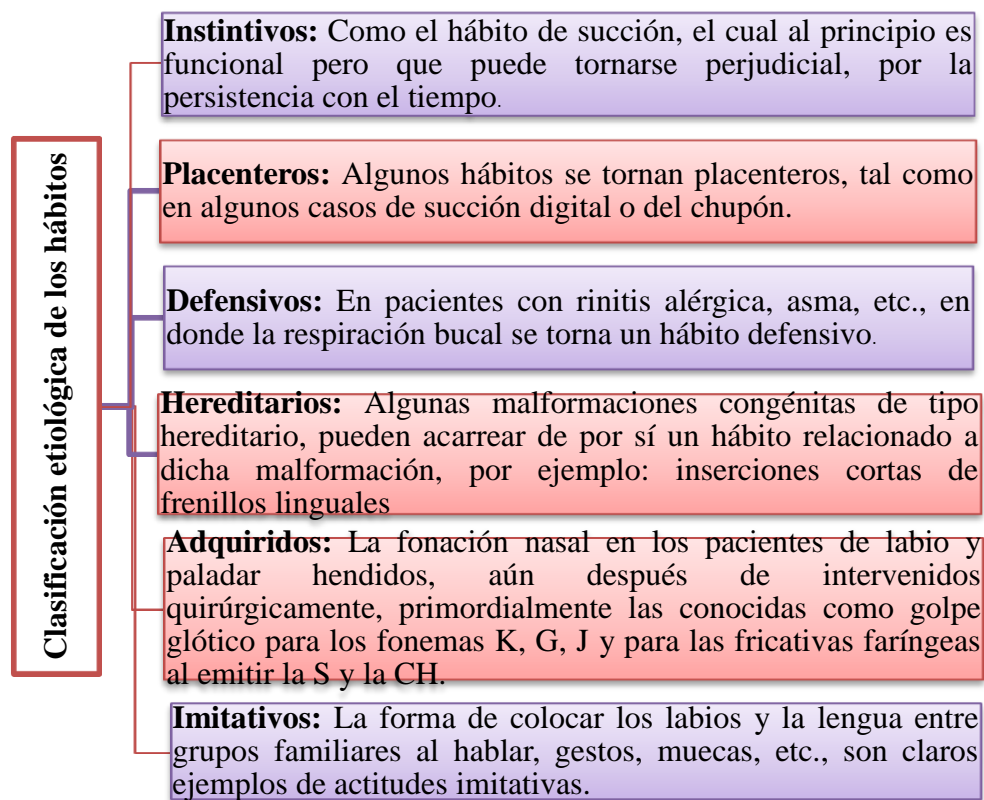


Figura N° 3
Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

Los hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional. (Cepero, 2007)

Los hábitos como el bruxismo, rechinar, empujar con la lengua y morderse labios y mejillas pueden lesionar los dientes, el aparato de sujeción, la mucosa oral, la musculatura masticatoria y la articulación temporomandibular. (Mosby, 2009)

Hábitos orales como la masticación prolongada de goma de mascar o el mantenimiento persistente de la lengua entre los incisivos pueden provocar tensión en la ATM y dolor. (Taylor, 2006)

1.4.2.1.3 Clasificación de los hábitos según la forma de actuar

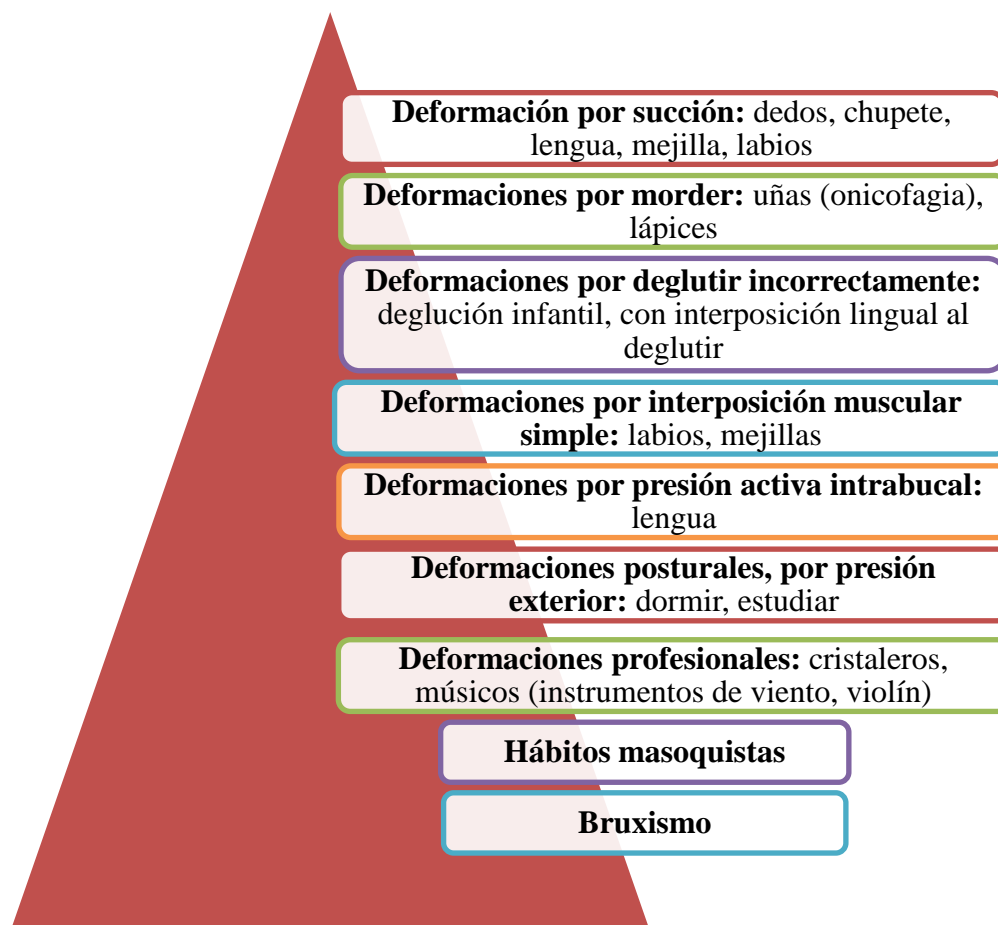


Figura N° 4
Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

El grado de las alteraciones producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, como así también de las características biotipológicas del paciente. Cuando los malos hábitos se prolongan en el tiempo, tanto en duración como en frecuencia de aparición, las maloclusiones van a ser difíciles de corregir. (Borrás, 2005)

El hábito es generalizado cuando ocurre en varios horarios, en muchas circunstancias, en diferentes lugares (casa, colegio). Es localizada cuando se ejerce en determinado lugar o circunstancia (antes de dormir) (Jiménez, 2008)

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

1.4.2.1.4 Factores que modifican la acción de un hábito



Figura N° 5
Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

1.4.2.1.5 Factores que contribuyen a la severidad del hábito

1) Hábitos significativos o no significativos

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

2) Cooperación del paciente para cesar el hábito

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

3) Duración del hábito

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

4) Sexo del paciente

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

5) Hábito presente en diversas circunstancias o hábito practicado en una sola circunstancia

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

6) Consciente o inconsciente

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

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

7) Cooperación familiar

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

8) Tratamientos previos

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

1.4.2.1.6 Hábitos orales causantes de maloclusiones

1. Hábito de succión digital

Hábito oral frecuente en niños de edad preescolar. La succión de los dedos en forma prolongada, persistente o vigorosa durante el período de la dentición de transición puede causar maloclusiones por desplazamiento dental. (Mosby, 2009) Se concluye que si se practica el hábito de succión de forma prolongada e intensa durante el recambio de la dentición temprana a la definitiva va a ver más probabilidades de presentar maloclusiones; debido a que la estructura ósea se encuentra en formación.



Figura N° 6
Fuente: Rodríguez, Ania (2012) Odontopediatría

2. Hábito de succión del chupón



El niño requiere de él, cuando se ve amenazada su seguridad en su medio ambiente y no puede soportar las presiones emocionales. El biberón suele utilizarse como chupete para conseguir que el niño se duerma. (Cameron, 2010)

Según concluye el autor que el niño utiliza el chupón para sentirse seguro ya que este le crea un ambiente confortable y le brinda tranquilidad.

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



Figura 2. Paciente con mordida abierta debido a un hábito oral (chupón) asimismo presenta manchas blancas (desmineralización del esmalte).

Figura N° 7

Fuente: Martínez, Héctor (2011) Portal de Revistas Peruanas. Odontopediatría Pediátrica. Hábitos Orales: succión de dedo, chupón o mamila.

3. Hábito de succión labial

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

Lo más frecuente es que el niño interponga el labio inferior de forma repetida entre los incisivos superiores e inferiores, dando como resultado una mayor inclinación de los incisivos superiores hacia delante e inclinación de los incisivos inferiores hacia atrás. (Salguero, Análisis de los hábitos más frecuentes que inducen a tratamiento de ortodoncia en niños de 6 a 10 años de la escuela "Amemos al Niño", 2012)

Lo cual concluye que por el mismo hecho de que el niño o niña muerde el labio inferior, proyecta los dientes superiores hacia delante, habiendo una mayor inclinación de estos que los dientes inferiores, es ahí que se crea la maloclusión.



Figura N° 8

Fuente: Quirós, Oscar (2003) La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

4. Hábito de onicofagia

La génesis de la mordedura de uñas asume que la mayoría de los afectados presentan la consecuencia de un comportamiento que no se extinguió convenientemente en su momento a los dos o tres años, cuando el niño se chupaba el dedo. Autores como Meneghello consideran que la onicofagia, a diferencia de la succión del pulgar, puede ser indicadora de algún conflicto emocional que debe alertar al médico. (Suárez, 2012)

Según este autor considera a la onicofagia como un acto realizado por la presencia de alguna inseguridad de tipo emocional, lo cual conlleva al niño a morderse las uñas, agravando a esto el antecedente de que en su infancia tenía el hábito de succión digital. (Chuparse el dedo).

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



Figura N° 9

Fuente: García, Gema (2008) Revista Científico Esquematil de Ciencias Médicas de Cuba. Bruxismo en niños.

5. Hábito de respiración bucal

La respiración bucal puede derivar de la obstrucción o restricción de cualquier parte de la vía respiratoria superior. (Graber, 2006)

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua, todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de unos y otros. (Proffit, 2008)

Según el autor nos explica que durante la respiración incorrecta, como es la respiración oral; que muchas veces se da por necesidad, ya sea por una obstrucción nasal, se produce el cambio de postura de los maxilares y lengua; quedando la mandíbula caída y provocando a su vez que no haya el debido crecimiento y desarrollo óseo y muscular.



Figura N° 10

Fuente: García, Gloriana (2011) Etiología y diagnóstico de pacientes respiradores bucales desde edades tempranas. Revista Latinoamericana de Ortodoncia v Odontopediatría

1.4.2.1.7 Opciones de tratamientos de erradicación de los hábitos

Tratamiento ortodóntico	
Para la erradicación de los hábitos orales se utilizarán aparatos que se dividirán en aparatos restrictores y estimuladores.	
Restrictores Poseen como único objetivo el de evitar, a través de “obstáculos”, que la función incorrecta continúe y altere la oclusión. Estos dispositivos se caracterizan por presentar barreras mecánicas como rejillas, dobleces y escudos, colocados en donde la lengua u otros elementos externos como el dedo, han creado potencialmente alguna alteración.	Estimuladores Estos aparatos están destinados a la resolución terapéutica de una función alterada, coadyuvando a la terapia miofuncional. Los estimuladores también llamados <i>Reminders</i> van a actuar participando activamente en el programa de rehabilitación, reeducando de una manera estable los impulsos neuromusculares aberrantes.

Figura N° 11

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez



Figura N° 12

Fuente: <http://www.odontocat.com/ortodoncia/ort13.php>

1.4.2.1.8 Tratamiento psicológico

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

Los hábitos compulsivos son aquellos que adquiere el niño por una fijación de tal manera, que acude a la práctica del hábito cuando siente su seguridad amenazada, dichos hábitos expresan necesidad emocional y cuando el niño lo realiza es para escudarse de la sociedad que lo rodea. (Navarro, 2008)

Según el autor puntualiza que el niño se escuda en la práctica de hábitos perniciosos, con el fin de satisfacer una necesidad para recompensar algún complejo emocional que presente.

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

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

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

1.4.2.2 MALOCLUSIONES

Las maloclusiones son el resultado de las interacciones de los factores genéticos y ambientales, sin embargo estas pueden originarse por las variaciones de cada sujeto, como, por ejemplo, las características en la dentición temporal, ya que esta influye en gran medida en el desarrollo de una adecuada oclusión en la dentición permanente. (Esequiel, 2008)

Se puede decir que la maloclusión es una manifestación de la interacción entre la genética y el ambiente durante el proceso de dentición temporal a la dentición definitiva que puede generar trastornos oclusales dependiendo de las condiciones que presente el niño o niña.

1.4.2.2.1 Etiología de las maloclusiones

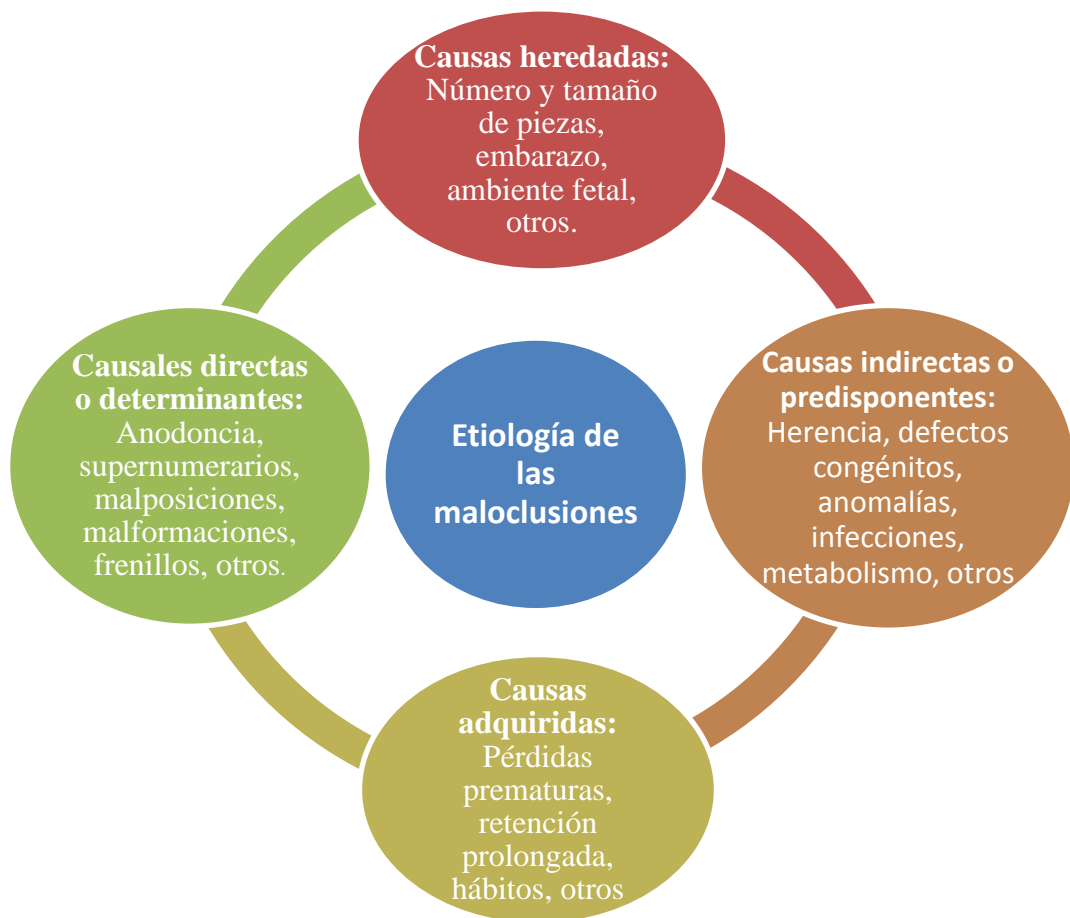


Figura N° 13

Elaborad por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

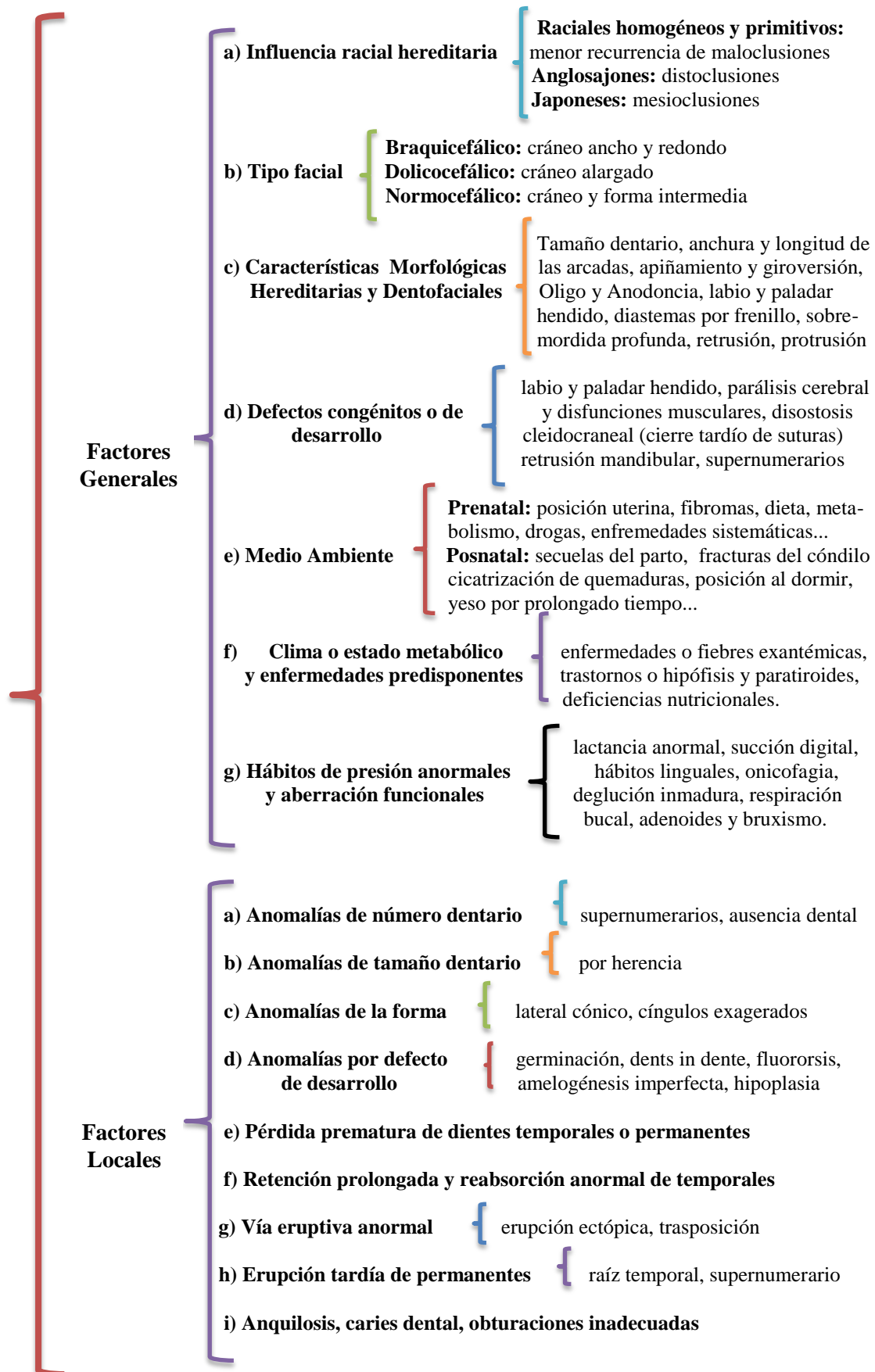


Figura N° 14
Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

Las maloclusiones tienen un comprobado origen multifactorial, algunos de los cuales pueden estar bajo nuestro control. Los factores etiológicos de más fácil identificación son los ambientales; entre ellos, la secuela de diferentes hábitos de presiones anormales como: succión del dedo o del labio. (Escribán, 2007)

Por tanto desde este punto de vista si podemos considerar las maloclusiones como procesos patológicos que alteran el estado de salud del individuo, y que por tanto precisan de un diagnóstico y un tratamiento que solucionen esta situación. (Cano, 2010)

Según la autora explica que las maloclusiones son dañinas en tanto que producen alteraciones patológicas en la persona; por lo que requieren ser diagnosticadas a tiempo para darle el tratamiento oportuno y así solucionar el problema de raíz.

Frecuentemente, en la cavidad oral podemos encontrar con gran frecuencia maloclusiones relacionadas con los síntomas asociados, y con las alteraciones de la musculatura orofacial. (Silvestre, 2007)

1.4.2.2.2 Clasificación de la maloclusión

Desde 1803, en que Fox propuso un sistema de clasificación de las maloclusiones, han aparecido muchas clasificaciones diferentes y esto muestra ya dificultades para encontrar un sistema de clasificación completamente efectivo. (Jiménez, 2008)

Según investigaciones Fox fue el primero en hacer una clasificación de las maloclusiones, apareciendo otras posteriormente planteadas por otros autores; lo cual hizo más difícil la forma de comprenderla.

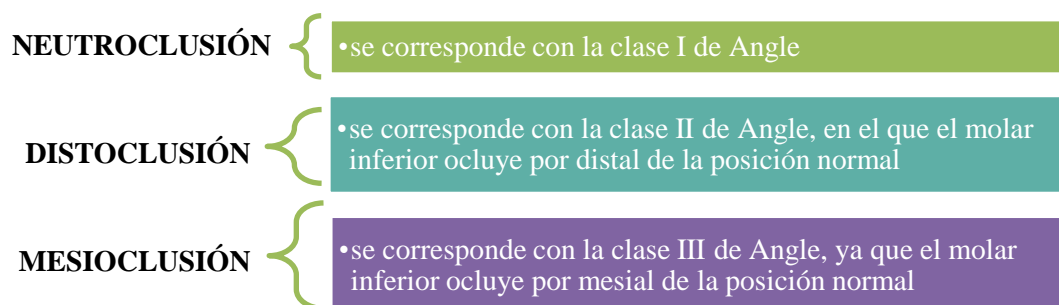


Figura N° 15
Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

a. Clasificación de Angle

Angle, en 1899, publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones. Obsérvese que la clasificación de Angle incluye cuatro categorías: oclusión normal, maloclusión clase I, maloclusión clase II y maloclusión clase III. La oclusión normal y la maloclusión clase I comparten la misma relación intermolar, pero difieren en la posición de los dientes en relación con la línea de oclusión. En las clases II y III la línea de oclusión puede ser correcta o incorrecta. (Proffit, 2008)




<ul style="list-style-type: none"> • La cúspide mesioclusal del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. • En estos pacientes es frecuente la presencia de un perfil facial recto. <p>Maloclusión tipo I</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • El surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, siendo por esto denominada distoclusión. • Los pacientes con este tipo de maloclusión presentan un perfil facial convexo. <p>Maloclusión tipo II</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • El surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, por esta razón también se llama mesioclusión. • Estos pacientes presentan un perfil facial cóncavo. <p>Maloclusión tipo III</p> 
--	---	---

Figura N° 16
Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

b. Clasificación Topográfica

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



Figura N° 17
Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

c. Clasificación Etiopatogénica

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

MALOCCLUSIÓN DENTARIA	<ul style="list-style-type: none">• cuando la dentición debido a su forma, tamaño o posición provoca la anomalía oclusal
MALOCCLUSIÓN ESQUELÉTICA	<ul style="list-style-type: none">• cuando afecta a uno o a ambos maxilares en la zona alveolar o a nivel de las bases óseas, repercutiendo en el encaje dentario oclusal
MALOCCLUSIÓN MUSCULAR	<ul style="list-style-type: none">• cuando un desequilibrio muscular es el causante de la anomalía oclusal

Figura N° 18

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

d. Clasificación de acuerdo con la extensión de la anomalía

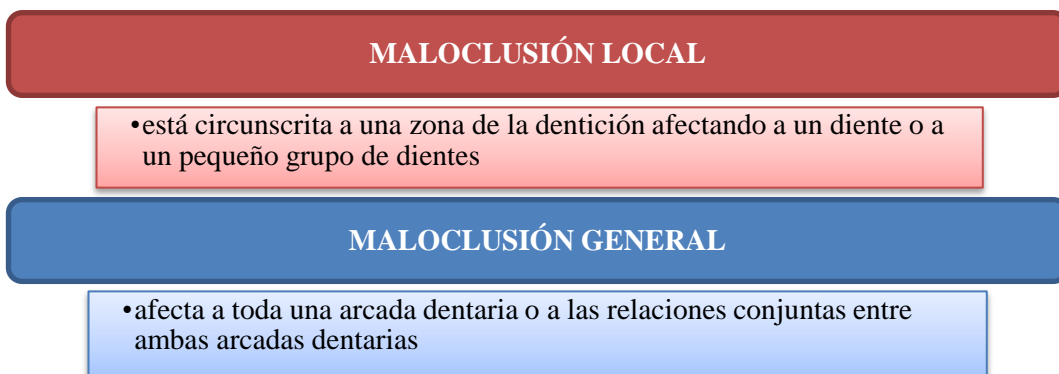


Figura N° 19

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

1.4.2.2.3 Tipos de maloclusiones asociadas a los hábitos bucales

Ciertos hábitos pueden actuar como factores causales del desarrollo de ciertas maloclusiones donde puede verse influidos el crecimiento óseo y el desarrollo dentario, pudiendo esta maloclusión estar potenciada o aliviada según el tipo facial del individuo.

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

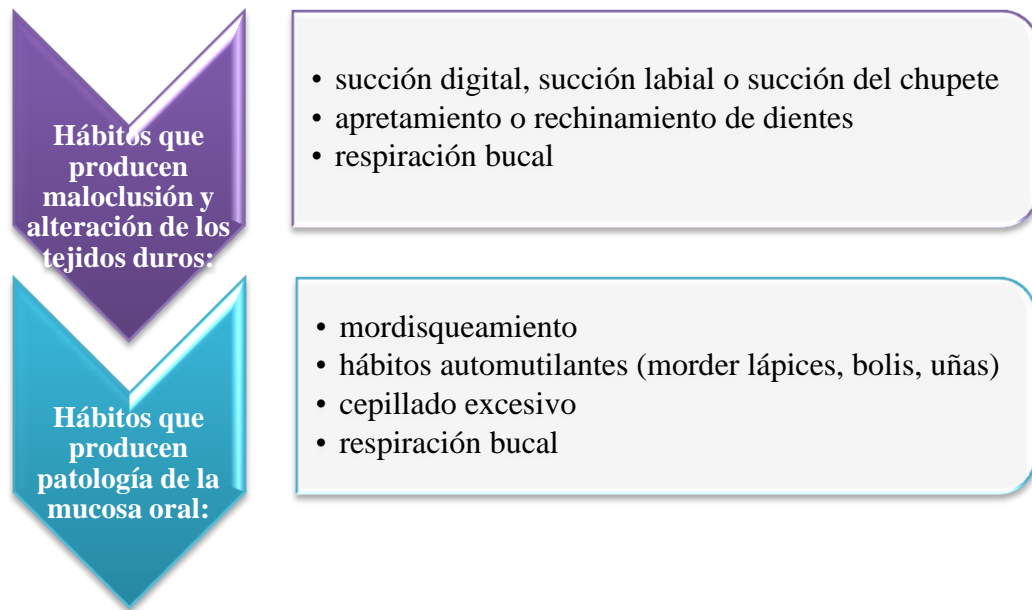


Figura N° 20

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

Cuando se tratan maloclusiones establecidas se recurre a los aparatos, que contienen elementos activos que realizarán los movimientos que se precisen. El tratamiento de ortodoncia comienza con la prevención de las maloclusiones en edades tempranas mediante la eliminación de hábitos. (Palma, 2010)

Según la autora indica que el mejor tratamiento ortodóntico inicia con la prevención temprana de las maloclusiones, las cuales solo pueden corregirse con aparatos activos que realizan los movimientos adecuados para cada caso.

1) Hiperplasia mandibular

En la mayoría de ocasiones las hiperplasias mandibulares constituyen los prognatismos mandibulares verdaderos o clases III quirúrgicas en estos casos la principal alteración no es transversal es sagital la que condiciona la necesidad de realizar el tratamiento quirúrgico de la maloclusión.

2) Hipoplasia maxilar

La etiología de este problema es multifactorial, incluyendo malformaciones congénitas (como la fisura palatina), alteraciones del desarrollo (por ejemplo, por hábitos de succión del pulgar), traumáticas o iatrogénicas. A causa de la hipoplasia del maxilar, la anchura de la arcada dentaria se encuentra reducida, y es común el apiñamiento de los dientes superiores. (Sapp, 2006)

Según el autor explica que el origen de la hiperplasia maxilar se debe a muchos factores, y que a causa de esta patología se va a observar un estrechamiento de la arcada dentaria, produciendo que los dientes se apiñen (encarimen) por la falta de espacio.

La hipoplasia maxilar con un adecuado tratamiento logra una mejora estética satisfactoria. El diagnóstico en edades tempranas de la patología da ventajas en el tratamiento haciéndolo más fácil, corto, económico y no invasivo. (Lannefranque, 2004)

3) Mordida cruzada

Las mordidas cruzadas son provocadas por un exceso de crecimiento en la mandíbula o defecto del mismo en el maxilar superior. Se produce una mordida cruzada posterior cuando los dientes posteriores superiores quedan en una posición lingual respecto a los inferiores, es decir, las cúspides linguales mandibulares contactan con las fosas centrales de los dientes maxilares y las cúspides bucales maxilares contactan con las fosas centrales de los dientes mandibulares. La mordida cruzada posterior refleja por lo general estrechez de la arcada dental superior, pero también puede deberse a otras causas.

4) Mordida abierta

La mordida abierta es el resultado de una alteración no sólo dentaria sino también funcional. Es necesario tener en cuenta si hay remanente de crecimiento o no y si las vías aéreas están permeables, así como la relación con los factores ambientales, los hábitos perniciosos, etc. (Harfin, 2010)

De acuerdo a lo que dice la autora, hay que tener muy en cuenta tanto la etiología como el patrón de crecimiento de la mordida abierta; ya que puede deberse sólo a un problema dentario como; puede también tratarse de alguna patología de origen funcional, las cuales deben ser tratadas a tiempo

5) Mordida Profunda o sobremordida

La sobremordida es la superposición vertical de los incisivos y sufre cambios significativos a lo largo de todo el proceso del recambio dentario. Si los superiores tapan más lo denominamos SOBREMORDIDA (pueden llegar a tapar los inferiores completamente).

El método usado para tratar la mordida profunda deberá determinarse mediante un plan de tratamiento correcto, prestando consideración al plano oclusal, competencia labial, dimensión vertical esquelética, convexidad esquelética y estabilidad del resultado final. (Natera, 2005)

Según esto, se menciona que para el tratamiento de la mordida profunda se deben de considerar todo un conjunto de estructuras; que forman las dimensiones faciales que son visibles para el paciente.

1.4.2.2.4 Perfil del paciente

Para determinar el perfil se observa básicamente: la nariz, la boca y el mentón.

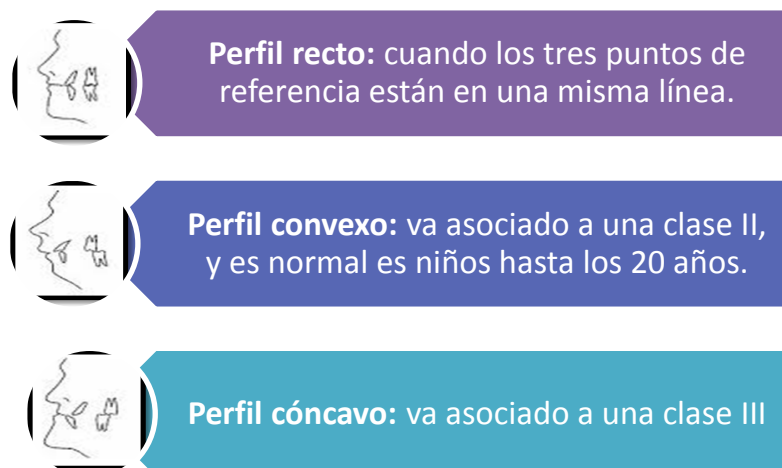


Figura N° 21

Elaborado por: Fernanda Elizabeth Cedeño Chérrez

1.4.2.2.5 Forma de los arcos

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

1.4.2.2.6 Simetría de los arcos

Se determina si la forma de los arcos es igual para el superior y el inferior (ovalado, cuadrado o triangular). Si no son iguales, no habría simetría. Este análisis se debe complementar con el análisis de modelos de estudio. (Botero, 2007)

Según la autora la simetría de los arcos está dada por el equilibrio o igualdad entre ambas arcadas; el cual se evalúa mediante el análisis de los modelos de estudio.

El estrechamiento de la arcada superior se debe a una posición baja de la lengua, junto a una fuerza descompensada de compresión sobre los segmentos vestibulares de dicha arcada. (Graber, 2006)

El niño presenta paladar ojival asociado al uso de chupete, succión crónica del pulgar o respiración bucal. (Ward, 2006)

Según se puede concluir que la forma ojival del paladar está dada por el estímulo de ciertos hábitos como la succión del dedo; por lo que, al ejercer presión sobre el paladar; éste se amolda a la forma del dedo, formándose un paladar estrecho.

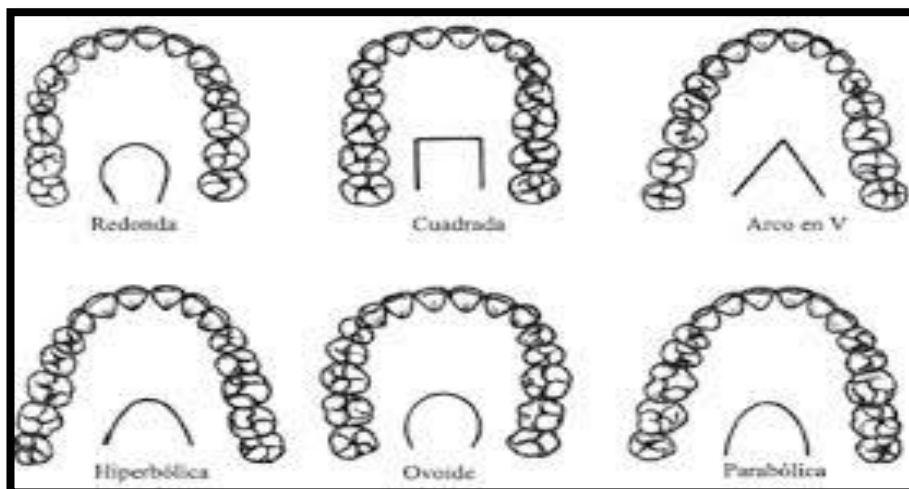


Figura N° 22

Fuente: <http://ortodoncia2umsa.blogspot.com/>

1.4.3 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

- **Bruxismo:** Hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósitos funcionales. Puede conllevar dolor de cabeza y músculos de la mandíbula, cuello y oído. Una forma de tratar este hábito es con terapias anti-estrés.
- **Deglución atípica:** La deglución es una secuencia refleja de contracciones musculares ordenadas, que lleva el bolo alimenticio o los líquidos de la cavidad bucal hasta el estómago.
- **Deglución atípica:** Posición anómala que adopta la lengua tanto en deglución como en reposo
- **Interposición lingual:** La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación
- **Lengua protráctil:** Hábito de proyectar la lengua entre los dos incisivos superiores para deglutir.
- **Mordida Abierta:** Cuando al contactar los dientes superiores contra los inferiores queda un espacio entre ambos, dificultando el sellado de los labios. Generalmente sus causas son la succión digital (chupar el dedo), la deglución con empuje lingual (empujar los dientes superiores con la lengua al tragar) o hiperdivergencia de las bases óseas (maxilar y mandíbula no paralelas entre sí)
- **Mordida Cruzada:** Se presenta cuando al morder se quedan los dientes superiores mordiendo en el interior de los dientes superiores.
- **Onicofagia:** Hábitos de cortarse o comerse las uñas con los dientes.
- **Prognatismo:** Define una posición adelantada, puede referirse a la posición del hueso o de los dientes.
- **Retrognatismo:** Define una posición retrasada, puede referirse a la posición del hueso o de los dientes
- **Sobremordida o Mordida profunda:** Se refiere a un estado de sobremordida vertical aumentada en la que la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- **Diseño cuasi experimental:** Por medio de cuadros estadísticos se pudo identificar y cuantificar los tipos de hábitos orales causante de maloclusión.

2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

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

2.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

- **Método deductivo:** Las maloclusiones se dan por presencia de hábitos orales, la succión digital es un hábito; por tanto la succión digital causa maloclusión dental.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Técnicas

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

Instrumentos

- Formulario de Encuesta. (Ver Anexo 1)
- Fichas de Observación. (Ver Anexo 2)

2.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La investigación se hará con una población de 82 estudiantes entre niñas y niños de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta “Cotopaxi”, del cantón Santa Ana. Provincia de Manabí.

Tamaño de la muestra

El tamaño es de 82 estudiantes entre niñas y niños.

2.6 TIPO DE MUESTREO

El tipo de la muestra que se utilizará será representativa de tipo estratificado.

2.7 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La recopilación de la información primaria será a través de las técnicas de encuesta dirigidas a los padres y madres de familia y fichas de observación e dirigidas a los niños y niñas de 5 a 12 años.

La información secundaria se obtendrá mediante la recopilación de datos investigados a través de internet, textos, revistas, libros y otros.

Para procesar la información teórica se utilizará el software de office, Word y Excel para el almacenamiento del contenido de la misma y luego se representará en los histogramas respectivos.

2.8 HIPÓTESIS U IDEA A DEFENDER

La idea a defender es si los hábitos orales inciden significativamente en la presencia de maloclusión dental en niños escolares de 5 a 12 años.

Para ello se realizará un estudio, que consiste en examinar a 82 estudiantes, entre niñas y niños de 5 a 12 años, mediante el uso de fichas de observación; para determinar cuántos presentan algún tipo de maloclusión a causa de la práctica de algún hábito oral.

De la misma forma, se investiga a cerca de algún hábito que hubiera tenido la niño o el niño en su infancia y si aún lo sigue manteniendo y qué tipo de hábito presentaba; esto a través de encuestas dirigidas a los padres y madres de familia.

La hipótesis u idea a defender se lleva a cabo mediante investigación bibliográfica y de campo; ya que la información bibliográfica obtenida de libros, revistas o páginas web, se la aplicará al lugar donde se presenta el problema de maloclusiones por presencia de hábitos; mediante las fichas de observación y las encuestas.

Para luego, aplicar el diseño de investigación cuasi experimental, por medio de cuadros estadísticos; permitiéndonos identificar y cuantificar los tipos de hábito orales y las maloclusiones presentes en niñas y niños de 5 a 12 años de la escuela Fiscal Mixta Cotopaxi, del cantón Santa Ana, Provincia de Manabí.

CAPÍTULO III

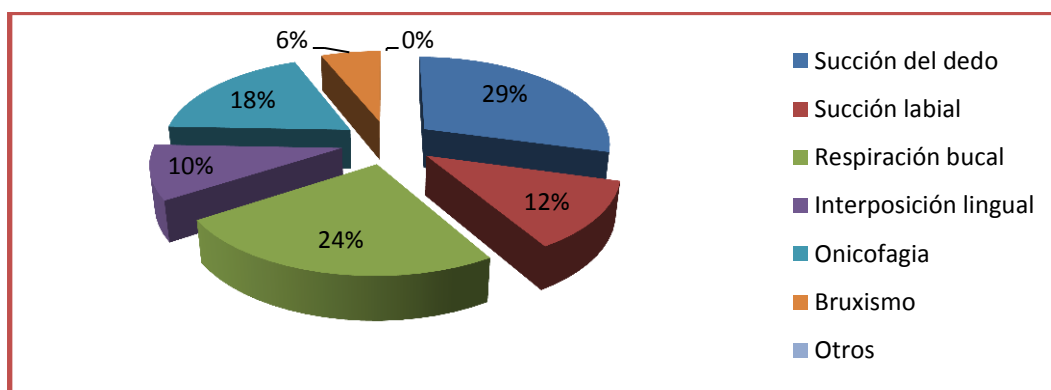
3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Título: Encuesta realizada a padres y madres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 1

¿Qué hábito presenta su hijo?		
ALTERNATIVAS	F	%
Succión del dedo	24	29
Succión labial	10	12
Respiración bucal	20	24
Interposición lingual	8	10
Onicofagia	15	18
Bruxismo	5	6
Otros	0	0
Total	82	100

Figura N.º 23



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chérrez

Análisis e interpretación de resultados

En la tabla N.º 1 se puede ver que de los 82 padres encuestados, 29% dijeron que sus hijos presentan el hábito de **succión del dedo**; el 12% el hábito de **succión labial**; el 24% la **respiración bucal** como hábito; el 10% el hábito de **interposición lingual**; el 18% el hábito de **onicofagia**; 6% dijeron que sus hijos practican **bruxismo**; mientras que el 0% presentaron **otros** tipos de hábitos.

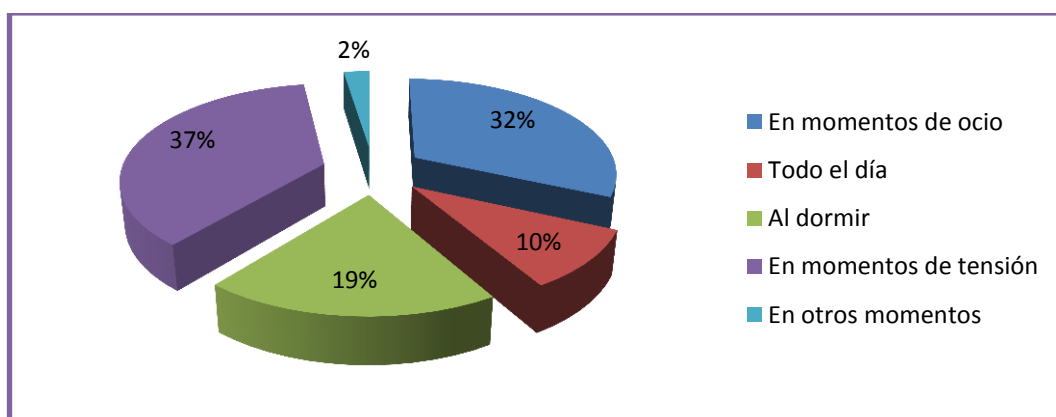
Según el autor Mosby, en su Diccionario de Odontología dice: “La **succión de los dedos en forma prolongada, persistente o vigorosa durante el período de la dentición de transición puede causar maloclusiones por desplazamiento dental**”. Lo que da como resultado que la presencia de hábitos puede interferir en la oclusión normal en un futuro, siendo la succión digital la más frecuente y la más dañina.

Título: Encuesta realizada a padres y madres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 2

¿En qué momentos ha visto a su hijo realizar el hábito?		
ALTERNATIVAS	F	%
En momentos de ocio	26	32
Todo el día	8	10
Al dormir	16	19
En momentos de tensión	30	37
En otros momentos	2	2
Total	82	100

Figura N.º 24



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chèrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 2 se observó que de los 82 padres encuestados, 32% dijeron que sus hijos realizan el hábito en **momentos de ocio**; 10% dijeron que sus hijos realizan el hábito **todo el día**; 19% respondieron que sus hijos solo **al dormir**; 37% dijeron que sus hijos realizan el hábito **en momentos de tensión**; el 2% dijo que su hijo realiza el hábito **en otros momentos**.

Según la doctora Cepero, Zunay, en la Revista Cubana de Estomatología dice que: **“Los hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional”.**

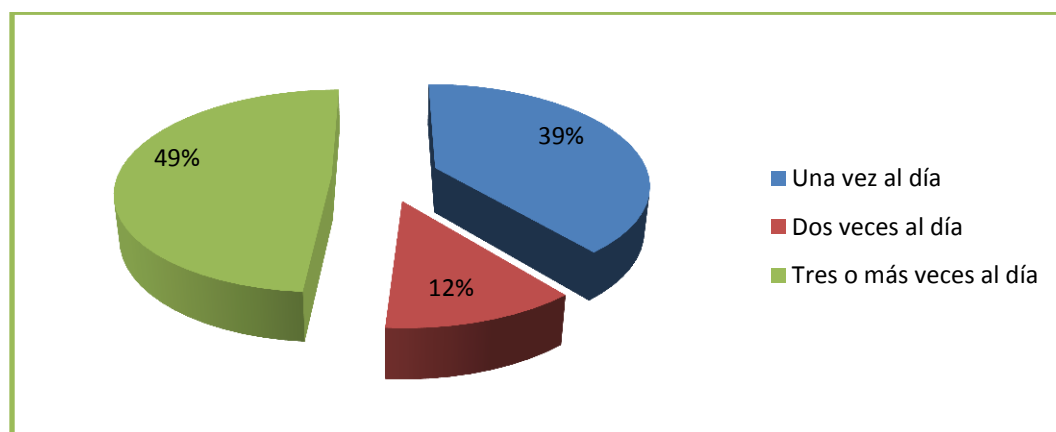
Lo que da como resultado que la presencia de hábitos orales se da por lo general en momentos de ocio, momentos de tensión y otros lo hacen por motivos como falta de atención de sus padres.

Título: Encuesta realizada a padres y madres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 3

¿Con qué frecuencia realiza el hábito su hijo?		
ALTERNATIVAS	F	%
Una vez al día	32	39
Dos veces al día	10	12
Tres o más veces al día	40	49
Total	82	100

Figura N.º 25



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chèrrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 3 se observó que de los 82 padres encuestados, el 39% dijeron que sus hijos realizan el hábito **una vez al día**; el 12% respondieron que sus hijos **dos veces al día** realizan el hábito; mientras que el 49% dijeron que sus hijos **tres o más veces al día** realizan el hábito.

Lo que se relaciona con lo que dice la autora Amelia Jiménez en su libro Odontopediatría en Atención Primaria, pág. 385, c. 20: **“El hábito es generalizado cuando ocurre en varios horarios, en muchas circunstancias, en diferentes lugares (casa, colegio). Es localizada cuando se ejerce en determinado lugar o circunstancia (antes de dormir)”**.

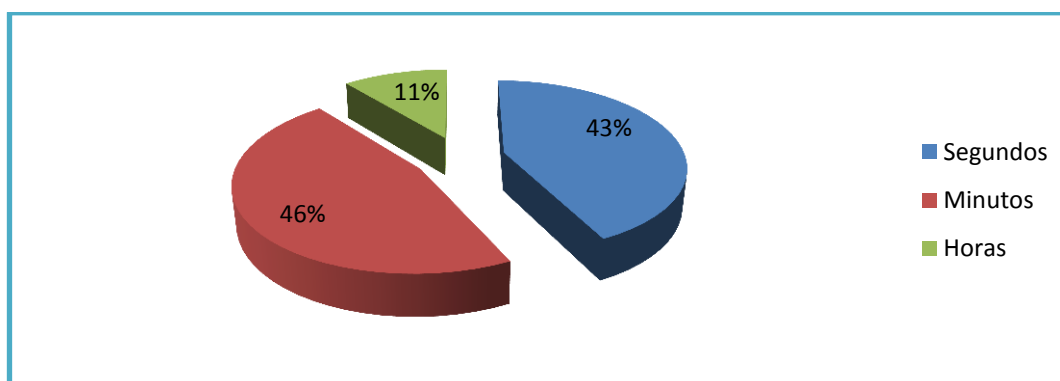
Lo que da como resultado que la mayoría de estudiantes realizan el hábito con frecuencia tres o más veces al día, haciéndolos a cualquier hora del día, ya sea todo el día o solo por la noche.

Título: Encuesta realizada a padres y madres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 4

¿Cuánto dura su hijo realizando el hábito?		
ALTERNATIVAS	F	%
Segundos	35	43
Minutos	38	46
Horas	9	11
Total	82	100

Figura N.º26



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chèrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 4 se observó que de los 82 padres encuestados, 35 de los padres que corresponden al 43% dijeron que sus hijos duran **segundos** realizando el hábito; 38 de los padres que corresponde al 46% respondieron que sus hijos duran **minutos** realizando el hábito; mientras que 9 de los padres que corresponde al 11% duran dijeron que sus hijos duran **horas** realizando el hábito.

Según el autor Salvador Borrás Sanchis en su libro Logopedia e Intervención: Guía para la reducción de la deglución atípica y trastornos asociados, pág. 34, dice que: **“Cuando los malos hábitos se prolongan en el tiempo, tanto en duración como en frecuencia de aparición, las maloclusiones va a ser difíciles de corregir.”**

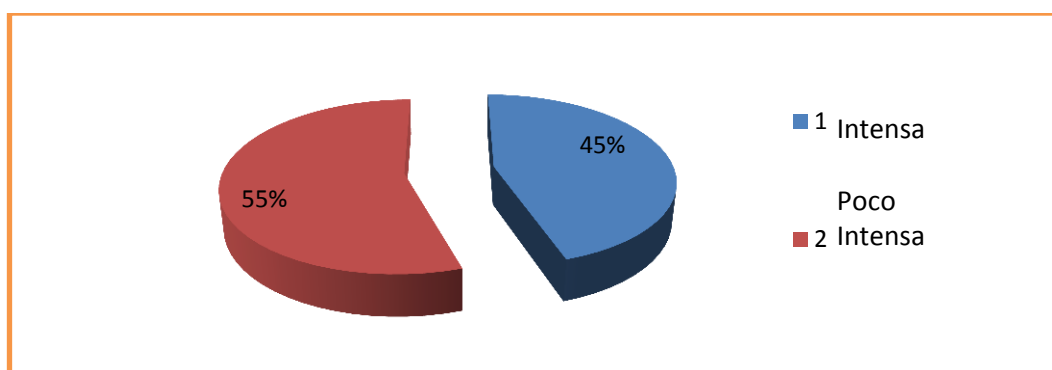
Lo que da como resultado que la mayoría de estudiantes al realizar el hábito lo hacen durante un tiempo prolongado, lo cual puede causar malposiciones en los dientes difíciles de corregir a futuro.

Título: Encuesta realizada a padres y madres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 5

¿Con qué intensidad realiza el hábito su hijo?		
ALTERNATIVAS	F	%
Poco intensa	45	55
Intensa	37	45
Total	82	100

Figura N.º 27



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chèrrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 5 se observó que de los 82 padres encuestados, 45 de los padres que corresponde al 55% dijeron que sus hijos realizan el hábito de una manera **poco intensa**; mientras que 37 de los padres que corresponde al 45% respondieron que sus hijos realizan el hábito de una manera **intensa**.

Como se observa en la pàg. 31 figura N.º5; uno de los factores que modifican la acción de un hábito es la intensidad ya sea esta poco intensa, que es cuando la inserción del dedo es pasiva o intensa, que es cuando la contracción de los músculos es apreciable.

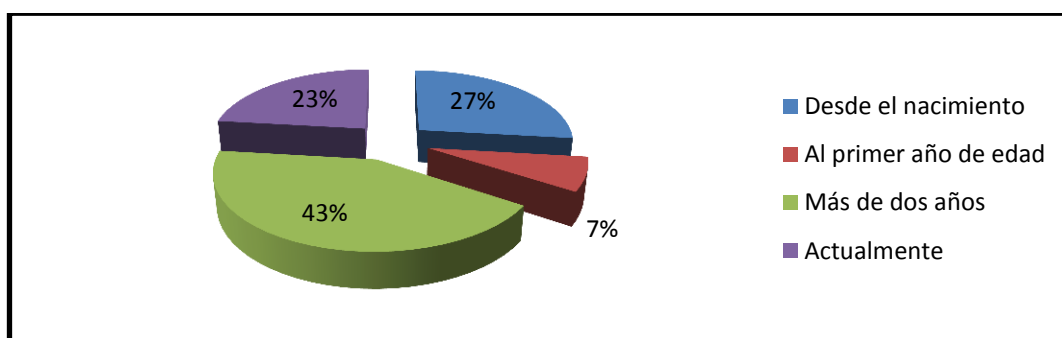
Lo que da como resultado que la mayoría de estudiantes realizan el hábito de manera poco intensa, es decir de forma pasiva; no habiendo mucha diferencia en los que lo realizan de manera intensa, aunque esta última es la más perjudicial.

Título: Encuesta realizada a padres y madres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 6

¿Desde qué edad empezó el hábito su hijo?		
ALTERNATIVAS	F	%
Desde el nacimiento	22	27
Al primer año de edad	6	7
Más de dos años	35	43
Actualmente	19	23
Total	82	100

Figura N.º 28



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chérrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 6 se observó que de los 82 padres encuestados, el 27% dijeron que sus hijos realizan el hábito **desde el nacimiento**; el 7% respondieron que sus hijos empezaron con el hábito **al primer año de edad**; el 43% dijeron que sus hijos empezaron con hábito hace **más de dos años**; mientras que el 23% respondieron que sus hijos empezaron el hábito **actualmente**.

Según la doctora Suárez, Elisabeth en la Revista Latinoamérica de Ortodoncia y Odontopediatría dice que: **“La génesis de la mordedura de uñas asume que la mayoría de los afectados presentan la consecuencia de un comportamiento que no se extinguió convenientemente en su momento a los dos o tres años, cuando el niño se chupaba el dedo”.**

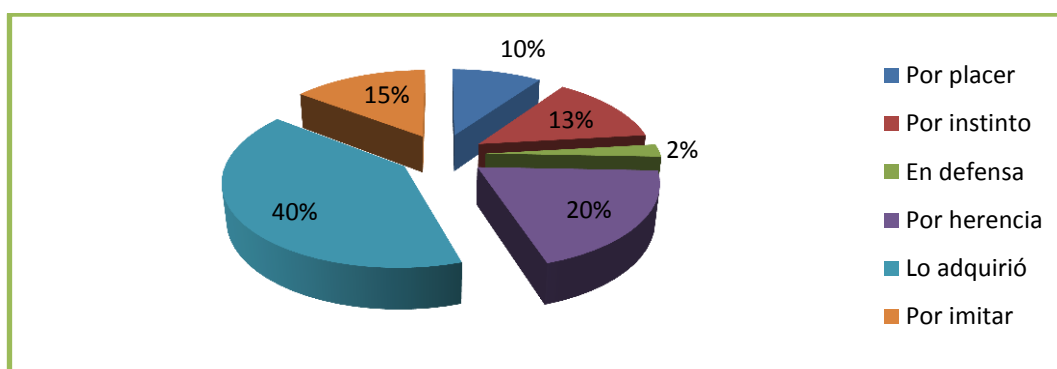
Lo que concluye que los niños que presentaron hábitos desde su nacimiento, los cuales no fueron corregidos a tiempo como la succión del dedo, desencadenaron en la presencia de nuevos hábitos como la mordedura de uñas; es por ello que la mayoría de estudiantes presentaron hábitos orales desde los dos años en adelante, edad en la que es más difícil corregirlo, causando deformaciones esqueléticas y dentarias.

Título: Encuesta realizada a padres y madres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 7

¿Por qué cree usted que presenta o ha desarrollado el hábito su hijo?		
ALTERNATIVAS	F	%
Por placer	8	10
Por instinto	11	13
En defensa	2	2
Por herencia	16	20
Lo adquirió	33	40
Por imitar	12	15
Total	82	100

Figura N.º 29



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chèrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 7 se puede ver que de los 82 padres encuestados, 10% dijeron que sus hijos desarrollaron el hábito **por placer**; 13% **por instinto**; 2% realizan el hábito **en defensa**; 20% dijeron que sus hijos **por herencia** desarrollaron el hábito; 40% dijeron que sus hijos realizan el hábito porque **lo adquirió**; mientras que el 15% respondió que su hijo desarrolló el hábito **por imitar**.

Según la autora Luz D' Escriván en su libro Ortodoncia en dentición mixta, pág. 157, dice que: **“Los hábitos son producto de las funciones normales, adquiridas o aprendidas, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación, etc., y otros que no responden a la satisfacción de ninguna necesidad biológica”.**

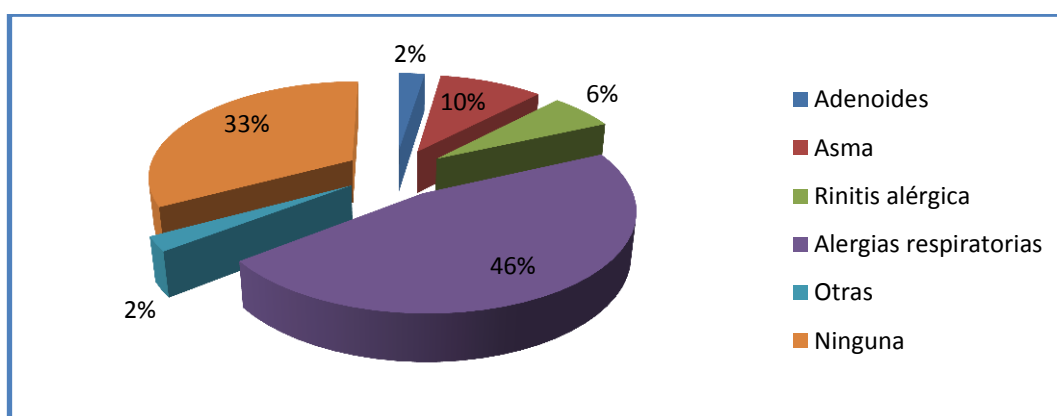
Lo que concluye que en su mayoría presentaron hábitos por herencia y otros lo adquirieron, lo cual se debe, por no corregido a tiempo algún hábito presente durante la infancia; que trajo consigo la adquisición de un nuevo hábito.

Título: Encuesta realizada a padres y madres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 8

¿Presenta su hijo alguna obstrucción funcional o anatómica que le dificulte la respiración?		
ALTERNATIVAS	F	%
Adenoides	2	2
Asma	8	10
Rinitis alérgica	5	6
Alergias respiratorias	38	46
Otras	2	2
Ninguna	27	33
Total	82	100

Figura N.º 30



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chérrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 8 se observó que de los 82 padres encuestados, el 2% respondieron que sus hijos presentan **adenoides** como problema respiratorio; al 10% dijeron que sus hijos presentan **asma**; 6% dijeron que sus hijos presentan **rinitis alérgica**; el 46% respondieron que sus hijos tienen **alergias respiratorias**; 2% dijeron que sus hijos presentan **otros** tipos de dificultades respiratorias; mientras que el 33% contestaron que sus hijos no presentan **ninguna** obstrucción nasal.

Tiene relación con lo que dice el autor Tomás Graber en su libro Ortodoncia: Principios y Técnicas Actuales: “**La respiración bucal puede derivar de la obstrucción o restricción de cualquier parte de la vía respiratoria superior**”.

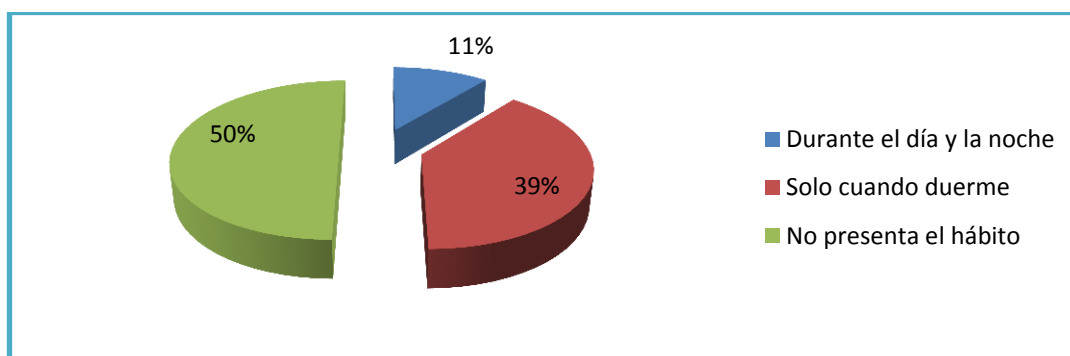
Lo que da como resultado que los niños que presentan cualquier tipo de obstrucción de las vías respiratorias van a desarrollar el hábito de respiración bucal.

Título: Encuesta realizada a padres y madres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 9

¿Se ha percatado si su hijo permanece con la boca abierta?		
ALTERNATIVAS	F	%
Durante el día y la noche	9	11
Solo cuando duerme	32	39
No presenta el hábito	41	50
Total	82	100

Figura N.º 31



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chèrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 9 se encontró que de los 82 padres encuestados, 9 de los padres que corresponde al 11% respondieron que sus hijos permanecen con la boca abierta **durante el día y la noche**; 32 de los padres que corresponde al 39% dijeron que sus hijos permanecen con la boca abierta **solo cuando duerme**; mientras que 41 de los padres que corresponde al 50% dijeron que sus hijos **no** permanecen con la boca abierta.

Esto está relacionado con lo que dice el autor William Proffit, en su libro Ortodoncia Contemporánea: Etiología de los problemas ortodónticos. Cap. 1: **“Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua, todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de unos y otros”.**

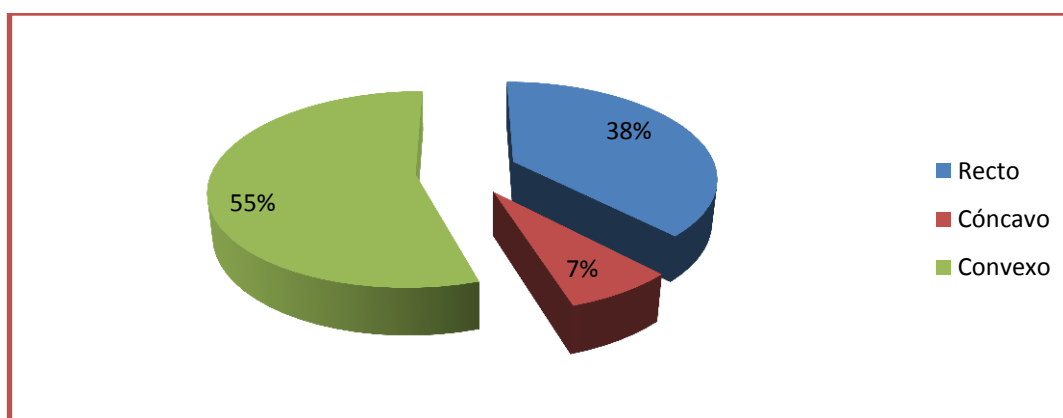
Lo que da como resultado que la mayoría de niños que permanecen con la boca abierta lo hacen solo cuando duermen, lo que hace que la mandíbula baje al no mantenerse en contacto oclusal con el maxilar; interfiriendo en el normal desarrollo óseo y muscular.

Título: Ficha de Observación para determinar maloclusión en niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 10

PERFIL DEL PACIENTE		
ALTERNATIVAS	F	%
Recto	31	38
Cóncavo	6	7
Convexo	45	55
Total	82	100

Figura N.º 32



Fuente: Ficha de Observación realizada a niñas y niños de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chèrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 10 se puede ver que de los 82 estudiantes de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi, 31 de los estudiantes que corresponde al 38% presenta un perfil **recto**; 6 de los estudiantes que corresponde al 7% tuvieron un perfil **cóncavo**; mientras que 45 de los estudiantes que corresponde al 55% presentaron un perfil **convexo**.

Según las autoras Ascensión Palma Cárdenas y Fátima Sánchez Aguilera, en su libro Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica, p. 299, c. 14 y como se observa en la figura N.º 21: **“Puede observarse caras cóncavas, caras rectas y caras convexas, tomando como referencia la glabella, el borde del labio superior y el mentón. Perfil recto: cuando los tres puntos de referencia están en una misma línea. Perfil convexo: va asociado a una clase II, y es normal en niños hasta los 20 años. Perfil cóncavo: va asociado a una clase III”.**

Lo que da como resultado que la mayoría de estudiantes al ser observados presentaron un perfil convexo, lo cual indica que el mentón está por detrás de la

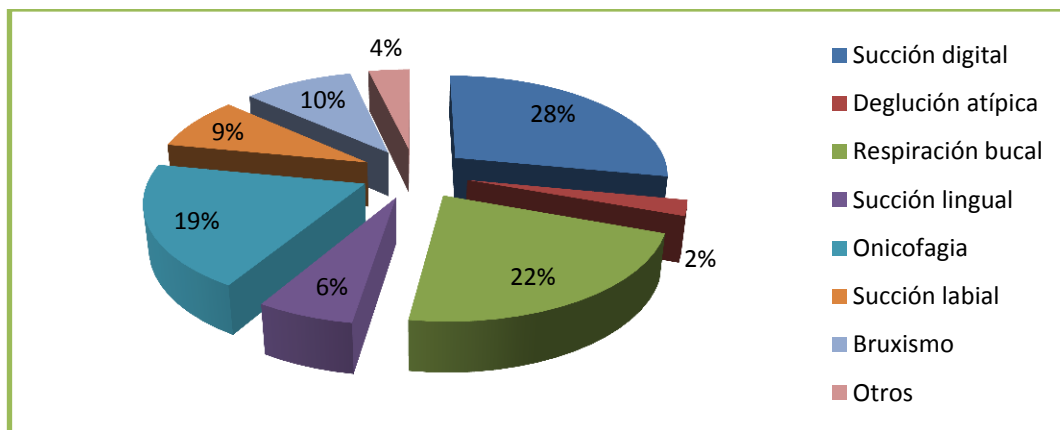
nariz, lo cual muchas veces resulta en una maloclusión clase II, asociado al hábito de succión digital o respiración bucal.

Título: Ficha de Observación para determinar maloclusión en niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 11

HÁBITO		
ALTERNATIVAS	F	%
Succión digital	23	28
Deglución atípica	2	2
Respiración bucal	18	22
Succión lingual	5	6
Onicofagia	16	20
Succión labial	7	9
Bruxismo	8	10
Otros	3	4
Total	82	100

Figura N.º 33



Fuente: Ficha de Observación realizada a niñas y niños de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chèrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 11 se pudo ver que de los 82 estudiantes, el 28% tenían el hábito de **succión digital**; el 2% **deglución atípica**; 22% el hábito de **respiración bucal**; 6% presentaron **succión lingual**; 20% **onicofagia**; 9% **succión labial**; 10% tuvo el hábito de **bruxismo**; mientras que el 4% presentó **otros** tipos de hábitos.

Según el autor Mosby en su libro Diccionario de Odontología, segunda edición, pág., 309, dice: “**Los hábitos como el bruxismo, rechinar, empujar con la lengua y morderse labios y mejillas pueden lesionar los dientes, el aparato de sujeción, la mucosa oral, la musculatura masticatoria y la articulación temporomandibular**”.

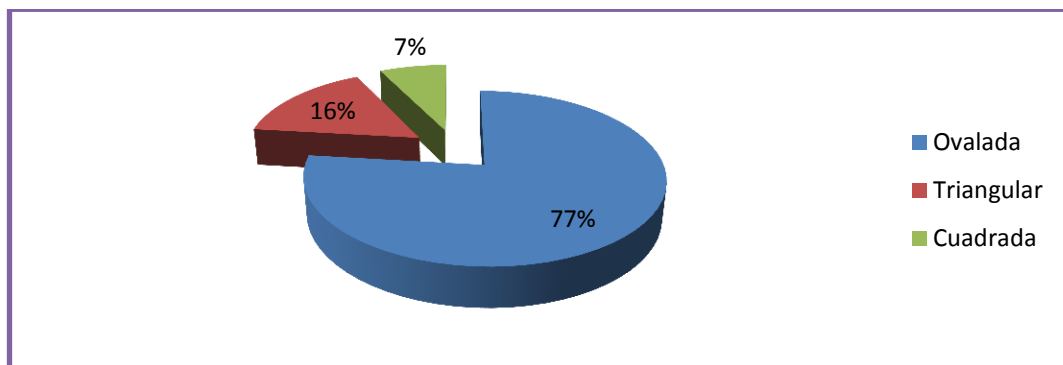
Lo que da como resultado que la presencia de hábitos puede interferir en un futuro en la oclusión normal y todo el sistema que la conforma.

Título: Ficha de Observación para determinar maloclusión en niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 12

FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR SUPERIOR		
ALTERNATIVAS	F	%
Ovalada	63	77
Triangular	13	16
Cuadrada	6	7
Total	82	100

Figura N.º 34



Fuente: Ficha de Observación realizada a niñas y niños de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chèrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 12 se puede ver que de los 82 estudiantes de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi, 63 de los estudiantes que corresponde al 77% presentaron una forma de la arcada del maxilar superior **ovalada**; 13 de los estudiantes que corresponde al 16% tuvieron una forma de la arcada del maxilar superior **triangular**; mientras que 6 de los estudiantes que corresponde al 7% presentaron una forma de la arcada el maxilar superior **cuadrada**.

Según lo que dice el autor Tomás Graber en su libro Ortodoncia: Principios y Técnicas Actuales, p., 128, y como se observa en la Figura N.º 22: “**El estrechamiento de la arcada superior se debe a una posición baja de la lengua, junto a una fuerza descompensada de compresión sobre los segmentos vestibulares de dicha arcada**”.

Lo que da como resultado que la mayoría de estudiantes presentan la arcada del maxilar superior de forma ovalada, debido al exceso de presión que ejercen al

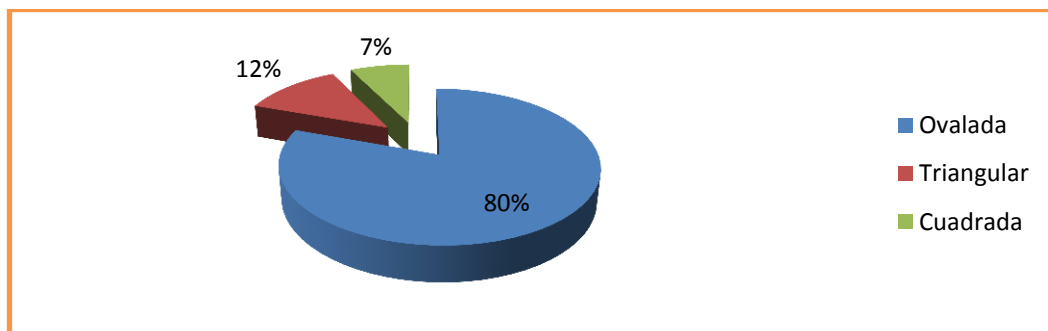
chuparse el dedo que como consecuencia da lugar a un paladar estrecho, dándose esto más por la presencia del hábito de succión digital e interposición lingual.

Título: Ficha de Observación para determinar maloclusión en niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 13

FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR INFERIOR		
ALTERNATIVAS	F	%
Ovalada	66	80
Triangular	10	12
Cuadrada	6	7
Total	82	100

Figura N.º 35



Fuente: Ficha de Observación realizada a niñas y niños de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chérrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 13 se puede verificar que de los 82 estudiantes de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi, 66 de los estudiantes que corresponde al 80% presentaron una forma de la arcada del maxilar inferior **ovalada**; 10 de los estudiantes que corresponde al 12% presentaron una forma de la arcada del maxilar inferior **triangular**; 6 de los estudiantes que corresponde al 7% tuvieron una forma de la arcada del maxilar inferior **cuadrada**.

Esto está relacionado con lo que dicen los autores Paola Botero, Andrea Pedroza; en su libro Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar, pág. 31, c. 1: “**Se determina si la forma de los arcos es igual para el superior y el inferior (ovalado, cuadrado o triangular). Si no son iguales, no habría simetría**”.

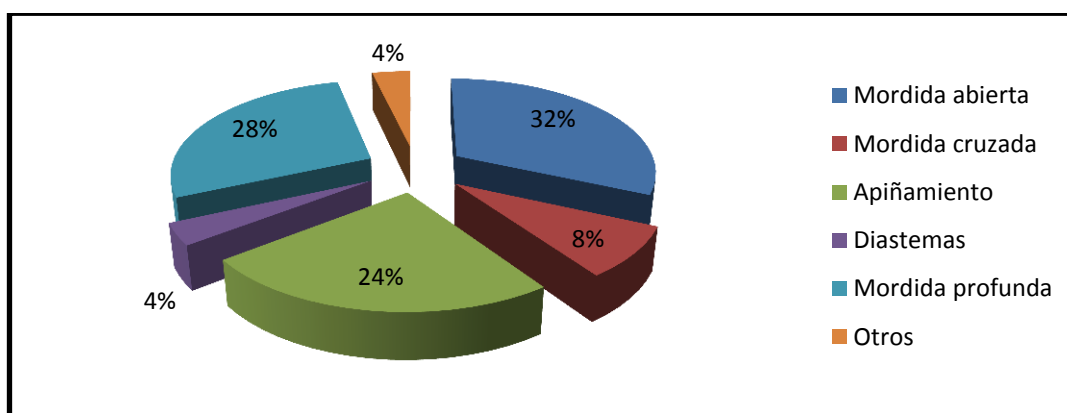
Lo que da como resultado que no todos los estudiantes presentaron simetría o relación en la forma de los arcos del maxilar superior e inferior; encontrándose diferencias en un mismo niño, siendo la más predominante la de forma ovalada, seguida la de forma triangular y por último la de forma cuadrada.

Título: Ficha de Observación para determinar maloclusión en niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N° 14

MALOCLUSIÓN		
ALTERNATIVAS	F	%
Mordida abierta	26	32
Mordida cruzada	7	9
Apiñamiento	20	24
Diastemas	3	4
Mordida profunda	23	28
Otros	3	4
Total	82	100

Figura N.° 36



Fuente: Ficha de Observación realizada a niñas y niños de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chérrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.° 14 se puede ver que de los 82 estudiantes, el 32% presentaron **mordida abierta** como maloclusión; 9% tuvieron **mordida cruzada** como tipo de maloclusión, 24% presentaron **apiñamiento**, el 4% presentó **diastemas**; 28% presentaron **mordida profunda** como maloclusión; mientras que el 4% tuvieron **otros** tipos de maloclusiones.

Según la autora Luz D' E. de Saturno en su libro Ortodoncia en dentición mixta, pág., dice: "Las maloclusiones tienen un comprobado origen multifactorial, algunos de los cuales pueden estar bajo nuestro control. Los factores etiológicos

de más fácil identificación son los ambientales; entre ellos, la secuela de diferentes hábitos de presiones anormales como: succión del dedo o del labio”.

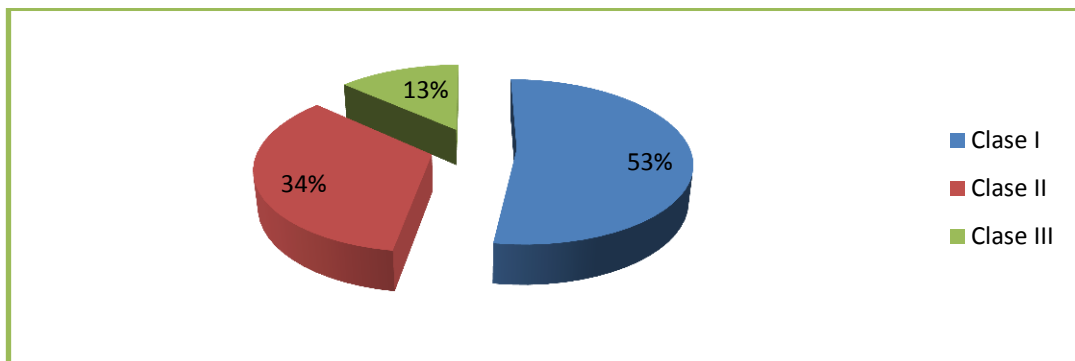
Lo que da como resultado que la presencia de maloclusiones son de origen multifactorial, y los que mayor secuela dejan son los producidos por los diferentes hábitos parafuncionales.

Título: Ficha de Observación para determinar maloclusión en niñas y niños de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi. Provincia de Manabí. Cantón Santa Ana.

Tabla N.º 15

TIPO DE MALOCLUSIÓN		
ALTERNATIVAS	F	%
Clase I	43	52
Clase II	28	34
Clase III	11	13
Total	82	100

Figura N.º 37



Fuente: Ficha de Observación realizada a niñas y niños de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi
Elaborado por: Fernanda E. Cedeño Chèrez

Análisis e interpretación

En la tabla N.º 15 se puede ver que de los 82 estudiantes de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi, 43 de los estudiantes que corresponde al 52% presentaron tipo de maloclusión **clase I**, 28 de los estudiantes que corresponde al 34% presentaron tipo de maloclusión **clase II**, mientras que 11 de los estudiantes que corresponde al 13% presentaron tipo de maloclusión **clase III**.

Según el autor William Proffit, en su libro de Ortodoncia Contemporánea, pág. 7, c. 1 y como se observa en la Figura N.º 16: **“Obsérvese que la clasificación de Angle incluye cuatro categorías: oclusión normal, maloclusión clase I, maloclusión clase II y maloclusión clase III. La oclusión normal y la maloclusión clase I comparten la misma relación intermolar, pero difieren en**

la posición de los dientes en relación con la línea de oclusión. En las clases II y III la línea de oclusión puede ser correcta o incorrecta”.

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

3.6 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

La comprobación de la Hipótesis se llevó a cabo a través de investigación bibliográfica; ya que mediante libros de odontología relacionados a los hábitos orales y las maloclusiones, revistas e información de Internet, se permitió tener los conocimientos fundamentales para la presente investigación, la cual es de campo porque la información bibliográfica se la llevó al escenario donde se presentó el problema, utilizando fichas de observación, y encuestas.

Para ello, mediante un estudio, se examinaron 82 estudiantes, entre niñas y niños de 5 a 12 años, utilizando las fichas de observación; para determinar cuántos estudiantes presentaban algún tipo de maloclusión a causa de la práctica de algún hábito oral. De la misma forma, se indagó a cerca de algún hábito que hubiera tenido la niña o el niño en su infancia y si aún lo seguía manteniendo y qué tipo de hábito presentaba; esto a través de encuestas dirigidas a los padres y madres de familia.

La hipótesis fue comprobada a través de los resultados obtenidos, usando un diseño cuasi experimental, por medio de cuadros estadísticos en los cuales se pudo identificar y cuantificar los tipos de hábitos orales causante de maloclusión. Identificándose que uno de los principales factores causantes de maloclusión son los hábitos orales, presentando 26 niños que corresponde al 32% mordida abierta como maloclusión, asociada con el hábito de succión digital; 23 niños que corresponde al 28% presentaron mordida profunda como maloclusión, asociada con el hábito de respiración bucal; y apiñamiento dental 20 niños que corresponden al 24% como maloclusión, asociada con el hábito de onicofagia.

Con los resultados dados en esta investigación se puede comprobar que los niños que presentaban algún tipo de hábitos orales; ya sea desde la infancia o adquiridos en la actualidad, han presentado cierto grado de maloclusiones, que van desde leves, moderadas y severas; dependiendo de la intensidad, duración, frecuencia o edad en que el hábito se inició.

3.7 CONCLUSIONES

- Se llegó a establecer que tanto las niñas y niños, así como madres y padres de familia y docentes carecen de conocimientos, a cerca de las medidas de precaución que se deben tomar para evitar problemas dentales a futuro, como son las maloclusiones, siendo una de sus principales causas la presencia de hábitos orales; para poder detectar a tiempo cualquier maloclusión y llevar a cabo el tratamiento oportuno de las mismas.
- Se identificó los hábitos orales causantes de maloclusión, presentándose un gran número de niñas y niños, que practican el hábito de respiración bucal, onicofagia y succión digital desde la infancia, sin saber las consecuencias que estos acarrear
- Se determinó que no existe diferencia entre la edad y el sexo de los estudiantes; ya que las maloclusiones se presentaron de igual magnitud en niñas y niños; debido a la presencia de hábitos parafuncionales.
- Se logró concientizar a los padres y madres de familia acerca de la importancia de la parte afectiva y emocional, que muchas veces es la que induce a adquirir malos hábitos orales como una señal de inseguridad hacia la sociedad o el entorno en que se vive.

3.8 RECOMENDACIONES

- Se debería tener una iniciativa del autocuidado en la higiene bucal del niño o niña, y con ayuda de los padres de familia visitar periódicamente al

profesional de la salud oral para prevenir a tiempo cualquier problema a futuro que pueda aparecer; con la intervención oportuna del profesional, la que ayudará a reducir el daño provocado por algún hábito oral.

- Se debe tomar conciencia y autoeducarnos, dejando de practicar malos hábitos o costumbres, que muchas veces se aprenden en casa; y que no hacen más que causarnos daño, no solo a nivel fisiológico o funcional sino a nivel psicológico y emocional.
- Los educadores o docentes deberían conocer más de estos temas de salud; y de esta forma educar a los estudiantes a adquirir buenos estilos de vida y a poner en práctica buenas costumbres higiénicas.
- Los padres deben motivar a los niños a corregir estos hábitos a temprana edad, hacerles tomar conciencia e identificar las situaciones que provoquen el hábito; como puede ser la falta de afecto y de interés en sus hijos.

CAPÍTULO IV

4 GUÍA “SONRÍE SIN MIEDO”

4.1 TEMA

“Capacitación sobre cómo prevenir maloclusiones causadas por los hábitos orales en niñas y niños, a través de charlas educativas que mejoren las relaciones afectivas de los padres con los niños”.

4.2 PRESENTACIÓN

Considerando el alto índice de maloclusiones causadas por la práctica de hábitos parafuncionales, la falta de conocimiento y medidas de prevención odontológica que tienen los padres de familia y educadores, se realizó esta propuesta, la cual está encaminada a prevenir maloclusiones, reconociendo a tiempo los malos hábitos causantes de problemas oclusales, que en un futuro crean alteraciones a nivel funcional y psicológico.

Por lo tanto se pretende crear consciencia de las personas que en su contacto directo con niñas o niños sirvan de ayuda; como en el caso de madres y padres de familia, quienes deben de acercarse más a sus hijos y brindarles el afecto que ellos necesitan, para poder detectar a tiempo algún problema emocional que esté provocando la presencia de malos hábitos o costumbres que a la larga conllevan a un problema más difícil de corregir.

Es por esto que, mediante charlas educativas, se explicará a padres de familia, docentes y niños, de la importancia de asumir nuevos compromisos, cambiando nuestro estilo de vida para el buen vivir, y tomar así la iniciativa del autocuidado de nuestra higiene bucal y personal, dejando atrás malos hábitos, que sin darnos cuenta repercuten en nuestra salud.

4.3 OBJETIVOS

4.3.1 Objetivo general

- Disminuir los hábitos orales que influyen en las maloclusiones de niñas y niños de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Cotopaxi.

4.3.2 Objetivos específicos

- Resaltar la importancia de la relación afectiva entre padres e hijos para mejorar la comunicación entre ellos.
- Brindar información sobre los distintos tipos de tratamientos para la corrección de maloclusiones causadas por los hábitos orales.
- Inculcar a los niños, la importancia del autocuidado y el papel que corresponde a cada individuo en el cuidado de su salud bucal y general.
- Involucrar al personal de educación, como elemento fundamental, en su rol de educar a niñas y niños que estén en contacto con ellos.

4.4 FUNDAMENTACIÓN

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

Es por esto, que a través de la Guía Educativa “Sonríe sin miedo”, se capacitará tanto a niñas y niños, docentes y en especial a padres y madres de familia, ya que la educación empieza desde el hogar; con el objetivo de brindar información para adquirir los conocimientos necesarios y oportunos, los cuales se podrían poner en práctica para prevenir malos hábitos orales causante de maloclusiones.

Además se socializará con los padres de familia, respecto a temas desconocidos para ellos; y con el apoyo de trípticos entregados a los mismos, se podrá aclarar mucho más, sobre ciertas dudas acerca de las maloclusiones y hábitos orales, y que de cierta forma se encuentren preparados para prevenir problemas dentales a futuro en sus hijos.

4.5 CONTENIDO

El material de apoyo “tríptico” entregado a los docentes y padres de familia, en la presente guía titulada “Sonríe sin miedo”, tiene como objetivo educar a padres y madres de familia, niños y niñas para prevenir problemas dentales a futuro como son las maloclusiones causadas por la presencia de hábitos orales.

Presentando el siguiente contenido:

Hábitos orales

En la mayoría de casos cuando observamos a bebés y niños nos causa mucha gracia ver en estos pequeños personajes realizan alguna rutina como: chuparse el dedo o el labio, succionar juguetes, introducirse objetos en la boca, dormir con la boca abierta o roncando.



Poco se sabe que estos y otros más malos hábitos bucales son originados por incorrectas técnicas de succión (amamantamiento) y el uso incorrecto de tetinas y chupones de entretenimiento.



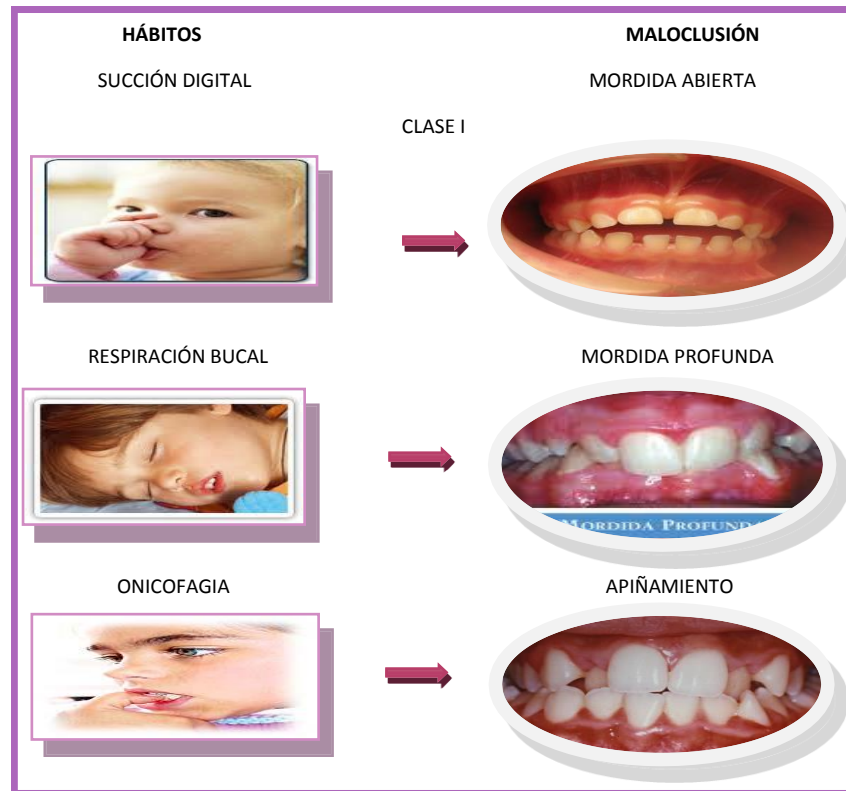
Los hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, e inmadurez emocional provocando que ellos adquieran malos hábitos como una forma de protección y de sentirse más seguros.



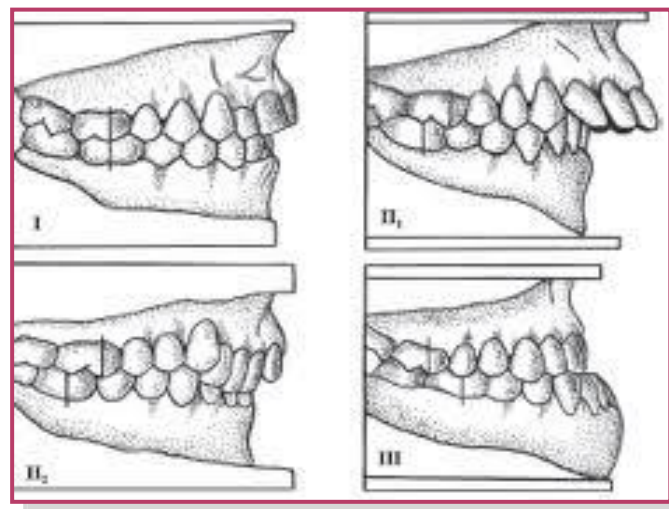
La vida familiar será la primera escuela de aprendizaje emocional.

Hábitos más frecuentes que causan maloclusiones

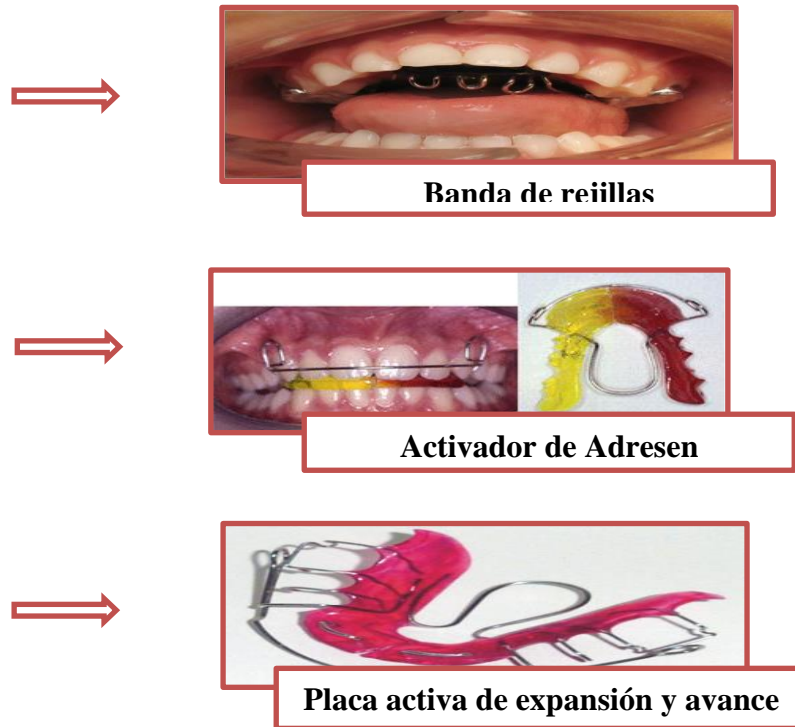
Los hábitos bucales son uno de los principales factores etiológicos causante de maloclusiones o deformaciones dentoesceléticas.



Cuando existe una alteración de la oclusión normal por hábitos parafuncionales en la infancia se presentan las maloclusiones, provocando diversas alteraciones en el área del lenguaje, musculatura, estética, ATM y principalmente dentarias y óseas.



Tratamientos



Actualmente se recomiendan aparatos fijos que no sean fáciles de quitar. En caso de que el hábito regresa después de los cinco años, o incluso en la adolescencia, la causa generalmente se deberá a que el niño tiene algún conflicto emocional, como la separación de los padres, o la llegada de un nuevo hermano. Lo indicado en estos casos es recurrir a la ayuda del psicólogo o psiquiatra, con el fin de que el niño recupere la estabilidad.

Recomendaciones

- Dedicar más tiempo a sus hijos, brindándoles mayor afecto y mucha atención, para poder así detectar algún problema a tiempo.
- Requerir de un especialista, en caso de presentar algún problema emocional, lo cual puede ser motivo de práctica de malos hábitos orales.
- Si a pesar de esto, los niños siguen realizando el hábito y se ve que está afectando a la oclusión normal del niño acudir a un odontólogo para prevenir más complicaciones.
- Realizar el tratamiento adecuado dependiendo del tipo de maloclusión que se haya creado.

4.6 OPERATIVIDAD O CRONOGRAMA

N.º	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	FECHA	RESPONSABLE	BENEFICIARIOS
1	Socialización de los resultados obtenidos de la investigación.	Se socializó los resultados con el fin de coordinar las charlas educativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Recopilación de datos - Análisis de los resultados. - Conclusiones en base a los datos 	DESDE: 14-10-13 HASTA: 28-10-13		
2	Se elaboró el material de apoyo (trípticos)	Se elaboró el material de apoyo con el fin de brindar las charlas educativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Recopilación de información importante. - Enfoque en cómo prevenir las maloclusiones por presencia de hábitos orales. 	DESDE: 29-10-13 HASTA: 31-10-13		BENEFICIARIOS DIRECTOS: Niñas y niños de 5 a 12 años de edad.
3	Se hizo la entrega de los trípticos (material educativo) para los docentes de la escuela	Se entregó los trípticos con la finalidad de brindar conocimientos de como disminuir los hábitos orales en niñas y niños.	<ul style="list-style-type: none"> - Aporte de conocimientos, con la ayuda de imágenes educativas. 	DESDE: 31-10-13 HASTA: 01-11-13	Dra. Fernanda Cedeño Chérrez	BENEFICIARIOS INDIRECTOS: Madres y padres de familia.
4	Se realizaron las charlas educativas, a través de trípticos	Se impartieron charlas educativas a padres de familia e hijos con el objetivo de mejorar las relaciones afectivas de padres a hijos.	<ul style="list-style-type: none"> - A través de imágenes y del material educativo se buscó concientizar a los padres de familia de la importancia del afecto de padres a hijos y de ahí cómo prevenir problemas dentales. 	DESDE: 04-11-13 HASTA: 08-11-13		Docentes o educadores

TRÍPTICO PARA LA GUÍA "SONRÍE SIN MIEDO"

Recomendaciones:

- ⇒ Dedicar más tiempo a sus hijos, brindándoles mayor afecto y mucha atención, para poder así detectar algún problema a tiempo.
- ⇒ Requerir de un especialista, en caso de presentar algún problema emocional, lo cual puede ser motivo de práctica de malos hábitos orales.
- ⇒ Si a pesar de esto, los niños siguen realizando el hábito y se ve que está afectando a la oclusión normal del niño acudir a un odontólogo para prevenir más



Jugar para se debe saber que la educación de los hijos empieza en el hogar.

Sonríele a la vida, sonríte sin miedo






UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO



Dra. Fernanda Cedeño Chérrez

HÁBITOS ORALES

En la mayoría de casos cuando observamos a bebés y niños nos causa mucha gracia ver en estos pequeños personajes realizan alguna rutina como: chuparse el dedo o el labio, succionar juguetes, introducirse objetos en la boca, dormir con la boca abierta o roncando.

Poco se sabe que estos y otros más malos hábitos bucales son originados por incorrectas técnicas de succión (amamantamiento) y el uso incorrecto de tetinas y chupones de entretenimiento.



Los hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, e inmadurez emocional provocando que ellos adquieran malos hábitos como una forma de protección y de sentirse más seguros.



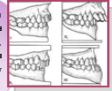
La vida familiar será la primera escuela de aprendizaje emocional.

HÁBITOS MÁS FRECUENTES QUE CAUSAN MALOCCLUSIONES



Los hábitos bucales son uno de los principales factores etiológicos causante de maloclusiones o deformaciones de los esqueletos.

Cuando existe una alteración de la oclusión normal por hábitos parafuncionales en la infancia se presentan las maloclusiones, provocando diversas alteraciones en el área del lenguaje, musculatura, estética, ATM y principalmente dentarias y óseas.



TRATAMIENTOS



Actualmente se recomiendan aparatos fijos que no sean fáciles de quitar. En caso de que el hábito regrese después de los cinco años, o incluso en la adolescencia, la causa generalmente se deberá a que el niño tiene algún conflicto emocional, como la separación de los padres, o la llegada de un nuevo hermano. Lo indicado en estos casos es recurrir a la ayuda del psicólogo o psiquiatra, con el fin de que el niño recupere la estabilidad.

4.7 BIBLIOGRAFÍA

- Beatriz, F. M. (2007). *Fundamentos de la Odontología "Periodoncia"*.
- Borrás, S. (2005). *Logopedia e Intervención: Guía para la reducción de la deglución atípica y trastornos asociados*. Nau Libres.
- Botero, P. (2007). *Manual para realización de Historia Clínica Odontológica del Escolar*. Colombia- Medellín.
- Cameron, A. (2010). *Manual de Oodontología Pediátrica: niños con problemas médicos*. España: Elsevier Mosby.
- Cano, M. (2010). *Libro de Prácticas Ortodoncia I*. España: Salamanca.
- Cepero, Z. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista Cubana de Estomatología*.
- Claudia, S. (2005). *Protegiendo los dientes de tu bebe*. Bolivia: Boliviadental.
- Escriván, L. D. (2007). *Ortodoncia en dentición mixta*. Amolca.
- Esequiel, R. (2008). *Ortodoncia Contemporánea. Diagnóstico y Tratamiento*. Amolca.
- Fernández, J. (2008). Evaluación de la Intervención de Salud Bucal en escolares portadores de hábitos deformantes bucales.
- Graber, T. (2006). *Ortodoncia: Principios y Técnicas Actuales*. "Las vías respiratorias superiores y morfología craneal". España: Elsevier España.
- Harfin, J. (2010). *Ortodoncia Lingual: Procedimientos y Aplicación Clínica*. Médica Panamericana.
- Jiménez, A. (2008). *Odontopediatría en Atención Primaria*. España: Vértice.
- Laboren, M. (2010). Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.
- Lannefranque, A. (2004). Hipoplasia maxilar: experiencia clínica en criterios terapéuticos determinados por la maduración esquelética. *Revista Hospital Clínico*, 113.

- Martín, L. (2010). Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *Revista Archivo Médico de Camagüey* .
- Mosby. (2009). *Diccionario de Odontología*. España: Elsevier.
- Natera, A. (2005). El tratamiento de la mordida profunda. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.
- Navarro, C. (2008). *Cirugía Oral*. España: Ediciones Arán.
- Palma, A. (2010). *Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. Paraninfo.
- Proffit, W. (2008). *Ortodoncia Contemporánea: Etiología de los problemas ortodóncicos*. Barcelona-España.
- Roldán, M. (2011). Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.
- Salguero, A. (Abril-Mayo de 2012). Análisis de los hábitos más frecuentes que inducen a tratamiento de ortodoncia en niños de 6 a 10 años de la escuela "Amemos al Niño". Manta, Manabí, Ecuador.
- Sapp, P. (2006). *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea* . Mosby.
- Silvestre, F. (2007). *Odontología en Pacientes Especiales*. Valencia.
- Suárez, E. (2012). Estudio de las Maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población Añu de la Escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia . *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.
- Taylor, R. (2006). *Medicina de Familia: principios y prácticas*. Masson.
- VJ, G. G. (2011). Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar. *Revista Latinoamericana de Ortodocia y Odontopediatría*.
- Ward, R. (2006). *Fundamentos de Medicina Osteopática: Consideraciones osteopáticas en el ejercicio de la medicina familiar y en la atención primaria*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

REVISTAS CIENTÍFICAS

- Canaviri, José (2012) Maloclusión dentaria. *LA PATRIA, Revista Tu Espacio. Editorial LA PATRIA Ltda. Oruro- Bolivia.*
- García, Gema (2008) Bruxismo en niños. *Revista Científico Estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba. Cuba.*
- García, Gloriana (2011) Etiología y diagnóstico de pacientes respiradores bucales desde edades tempranas, *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.*
- Laboren, M (2010) Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas-Venezuela.*
- Lannefranque, Andrés (2004) Hipoplasia maxilar: experiencia clínica en criterios terapéuticos determinados por la maduración esquelética. *Revista Hospital Clínica., vol. 15, N°2, Pág., 113. Universidad de Chile.*
- Martín, Ledia (2010) Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *Revista Archivo Médico de Camagüey. Editorial Ciencias Médicas Camagüey, vol. 14, n.6*
- Martínez, Héctor (2011) Odontopediatría Pediátrica. Hábitos Orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Portal de Revistas Peruanas. Perú.*
- Natera, Adriana (2005) El tratamiento de la mordida profunda. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Venezuela-Caracas.*
- Quirós, Oscar (2003) La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas-Venezuela.*
- Cepero, Zunay (2007) Intervención educativa en escolares de 5 a 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista Cubana de Estomatología. Editorial Ciencias Médicas. La Habana-Cuba, vol. 44, n.4*

HEMEROTECAS

- Cedeño Ch, Fernanda (2012) Hábitos parafuncionales y su incidencia en la maloclusión. Portoviejo-Manabí-Ecuador.
- Muñiz Vázquez, Mabel (2007) Comportamiento de las maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Barrio Adentro. Las Margaritas
- Rosenfeld, Sonia (2008) Estudio epidemiológico de maloclusiones en una población de 634 niños de entre 4 a 5 y 8 a 9 años de edad, de diversos colegios del área Metropolitana de Quito. Quito-Ecuador.
- Salguero, Andrea (2012) Análisis de los hábitos más frecuentes que inducen a tratamiento de ortodoncia en niños de 6 a 10 años de la escuela "Amemos al Niño". Manta-Manabí-Ecuador.

INTERNET

- <http://www.odontocat.com/ortodoncia/ort13.php>
- <http://ortodoncia2umsa.blogspot.com/>
- <http://blog.tuotromedico.com/otros/tengo-obstruccion-nasal-persistente-%C2%BFa-que-puede-deberse/>
- <http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosora158.htm>
- <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art1.asp>

ANEXOS



ANEXO 1

Título: Encuesta realizada a padres y madres de familia de la Escuela Fiscal Mixta
“Cotopaxi”

Nombre del niño: _____
Fecha de nacimiento: _____

1.- ¿Qué hábito presenta su hijo?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



ANEXO 2

Título: Ficha de observación realizada a los niñas y niños de 5 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta “Cotopaxi”

Nombre y Apellido _____	
Edad _____	Teléfono _____
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
PERFIL	
Recto	<input type="checkbox"/>
Cóncavo	<input type="checkbox"/>
Convexo	<input type="checkbox"/>
HÁBITOS	
Succión Digital	<input type="checkbox"/>
Deglución Atípica	<input type="checkbox"/>
Respirador Bucal	<input type="checkbox"/>
Succión Lingual	<input type="checkbox"/>
Onicofagia	<input type="checkbox"/>
Quelofagia	<input type="checkbox"/>
Bruxismo	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR SUPERIOR	
Ovala	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>
Cuadrada	<input type="checkbox"/>
FORMA DE LA ARCADA DEL MAXILAR INFERIOR	
Ovala	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>
Cuadrada	<input type="checkbox"/>
MALOCLUSIÓN	
Mordida abierta	<input type="checkbox"/>
Mordida cruzada	<input type="checkbox"/>
Apiñamiento	<input type="checkbox"/>
Diastemas	<input type="checkbox"/>
Mordida profunda	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
TIPO DE MALOCLUSIÓN	
Clase I	<input type="checkbox"/>
Clase II	<input type="checkbox"/>
Clase III	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3

TRÍPTICO PARA LA GUÍA “SONRÍESIN MIEDO”

Recomendaciones

- Dedicar más tiempo a sus hijos, brindándoles mayor afecto y mucha atención, para poder así detectar algún problema a tiempo.
- Requerir de un especialista, en caso de presentar algún problema emocional, lo cual puede ser motivo de prácticas de malos hábitos orales.
- Si a pesar de esto, los niños siguen realizando el hábito y se va que está afectando a la oclusión normal del niño acudir a un odontólogo para prevenir más






Una mamá debe saber que la salud de sus hijos empieza en el hogar

Sonríele a la vida, sonríe sin miedo






UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

GUÍA "SONRÍE SIN MIEDO"




Dra. Fernanda Cedeño Chérrez


HÁBITOS ORALES

En la mayoría de casos cuando observamos a bebés y niños nos causa mucha gracia ver en estos pequeños personajes realizan alguna rutina como: chuparse el dedo o el labio, succionar juguetes, introducirse objetos en la boca, dormir con la boca abierta o roncando.

Poco se sabe que estos y otros más malos hábitos bucales son originados por incorrectas técnicas de succión (amamantamiento) y el uso incorrecto de tetinas y chupones de entretenimiento.









LA EDUCACIÓN DE LA MADRE EN LAS TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO, ENTRA LOS MALOS HáBITOS BUCALES EN LOS NIÑOS.



Los hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, e inmadurez emocional provocando que ellos adquieran malos hábitos como una forma de protección y de sentirse más seguros.

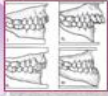
La vida familiar será la primera escuela de aprendizaje emocional.

HÁBITOS MÁS FRECUENTES QUE CAUSAN MALOCLUSIONES

HÁBITOS	MALOCLUSIÓN
SUCCIÓN DIGITAL 	MORDIDA ABIERTA CLASE I 
RESPIRACIÓN BUCAL 	MORDIDA PROFUNDA 
ONICOFAGIA 	APIÑAMIENTO 

Los hábitos bucales son uno de los principales factores etiológicos causante de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares.


Cuando existe una alteración de la oclusión normal por hábitos perifuncionales en la infancia se presentan las maloclusiones, provocando diversas alteraciones en el eje del lenguaje, musculatura, estética, ATM y principalmente dentales y óseas.




TRATAMIENTOS

TRATAMIENTO ORTODONTICO


BANDA CON REJILLAS



ACTIVADOR DE ADRESEN



PLACA ACTIVA DE EXPANSIÓN Y AVANCE



Actualmente se recomiendan aparatos fijos que no sean fáciles de quitar. En caso de que el hábito regrese después de los cinco años, o incluso en la adolescencia, la causa generalmente se deberá a que el niño tiene algún conflicto emocional, como la separación de los padres, o la llegada de un nuevo hermano. Lo indicado en estos casos es recurrir a la ayuda del psicólogo o psiquiatra, con el fin de que el niño recupere la estabilidad.

ANEXO 4





**Fichas de Observación dirigida a los estudiantes de la Escuela Fiscal Mixta
“Cotopaxi”**



Algunos de los estudiantes de la Escuela Fiscal Mixta “ Cotopaxi” que presentan maloclusiones por presencia de malos hábitos orales





Charlas Educativas a los estudiantes de la Escuela Fiscal Mixta “Cotopaxi”





**Encuesta dirigida a los padres y madres de familia de la Escuela Fiscal Mixta
“Cotopaxi”**

