

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SANTO TOMÁS DE AQUINO



**HABITOS DELETEREOS RELACIONADOS CON LA
MALOCLUSIÓN EN NIÑOS PRE ESCOLARES EN TRES
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CNEL OVIEDO. AÑO 2019.**

Martha Beatriz Recalde Ruiz Díaz

Coronel Oviedo-Paraguay

Julio, 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SANTO TOMÁS DE AQUINO



**HABITOS DELETEREOS RELACIONADOS CON LA
MALOCLUSIÓN EN NIÑOS PRE ESCOLARES EN TRES
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CNEL OVIEDO. AÑO 2019.**

Autor: Martha Beatriz Recalde Ruiz Diaz

Tutor: Dra. Ana Maria Benegas.

Coronel Oviedo-Paraguay

Julio, 2020

La que suscribe **Dra. Ana María Benegas**, TUTORA, hace constar a la Coordinación de TRABAJO FIN DE GRADO de la Facultad de Odontología "SANTO TOMÁS DE AQUINO", que ha acompañado el proceso de investigación y revisión de este estudio titulado **"HABITOS DELETEREOS RELACIONADOS CON LA MALOCLUSIÓN EN NIÑOS PRE ESCOLARES EN TRES ESCUELAS DE CNEL OVIEDO. AÑO 2019."** y que, encontrándolo de acuerdo con las Normativas y exigencias establecidas, da la autorización para su defensa oral, a mi cargo.



NOMBRE Y FIRMA DE LA TUTORA

**HABITOS DELETEREOS RELACIONADOS CON LA
MALOCCLUSIÓN EN NIÑOS PRE ESCOLARES EN TRES
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CNEL OVIEDO. AÑO 2019.**



**Trabajo Fin de Grado sometido a consideración de la Mesa Evaluadora para
optar por el título de Odontólogo Cirujano**

MIEMBROS DE LA MESA EVALUADORA

Calificación _____

Coronel Oviedo, Caaguazú, Paraguay

/ Julio/ 2020

DEDICATORIA

El presente trabajo final de grado lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y privilegio de ser su hija, son los mejores padres.

A mis hermanas (os) por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis docentes de la Facultad de Odontología Santo Tomas de Aquino de la Universidad Nacional del Caaguazú, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión, de manera especial, a la Dra. Ana María Benegas tutora de mi trabajo final de grado quien me ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente e investigadora.

A la Lic. Damiana Florentín de Rodas por su aporte, paciencia y esfuerzo para la realización de mi análisis de datos.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTOS	6
INDICE DE TABLAS	10
INDICE DE GRÁFICOS	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
RESUMO.....	14
ÑEMOMBYKY	15
1. INTRODUCCIÓN.....	16
1.1. Planteamiento del problema	18
1.2. Pregunta de investigación.....	19
1.3. Objetivos.....	20
Objetivo General:	20
Objetivos Específicos:	20
1.4. Justificación	21
1.5. Antecedentes.....	22
2. MARCO TEORICO	24
2.1. Definición de Oclusión y Mal oclusión dentaria.....	24
2.1.1. Epidemiología de la mal oclusión.....	24
2.1.2. Etología de la mal oclusión.....	24
2.1.3. Tipos de mal oclusión.....	25

2.1.3.2 Mal oclusiones Clase II:.....	26
Desde el punto de vista oclusal, se distingue.....	27
Clase II división 1	27
Clase II división 2	27
2.1.3.3. Maloclusión Case III:	27
Características clínicas:	27
2.2. Hábitos.....	28
2.2.1. Definiciones de Hábitos.....	28
2.2.2. Clasificación de hábitos bucales en según Sydney.....	29
2.3. Aspectos psicológicos relacionados a hábitos bucales deletéreos	30
2.3.1. Aspectos Neuromusculares relacionados a los hábitos deletéreos	31
2.3.1.1. Reflejos incondicionados y condicionados.....	31
2.3.1.2. Los reflejos condicionados.....	31
2.4. Deglución Normal	33
2.5. Tipos de hábitos deletéreos.....	34
2.5.1. Deglución Atípica	34
2.5.1.1. Los tipos de deglución atípica son:	35
2.5.1.2. Deglución con presión atípica de labio.	35
2.5.1.3. Deglución con presión atípica de la lengua (interposición lingual).	35
2.5.2. Mal hábito de succión.....	37
2.5.3. Hábito de morder	39
2.5.4. Respiración bucal.....	40

2.5.5. Hábitos de postura	43
3. METODOLOGIA	46
3.1. Tipo de estudio.	46
3.2. Localización, población, muestra y muestreo.	46
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.	46
3.4. Operacionalización de las variables.....	47
3.5. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
3.6. Análisis Estadísticos	48
3.7. Consideraciones Éticas.	48
4. RESULTADOS	49
5. DISCUSIÓN.....	65
6. CONCLUSIONES	66
7. RECOMENDACIONES.....	67
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	68

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre apiñamiento dental y hábitos deletéreos	52
Tabla 2. Relación entre tipo de mordida y hábitos deletéreos.....	54
Tabla 3. Relación entre atresia maxilar y hábitos deletéreos	55

INDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1. .Distribución del sexo de los niños de estudio.	49
Grafico 2. Distribución de edad de los niños de estudio.....	50
Grafico 3. Distribucion de zona de los niños de estudio.....	51
Grafico 4. Hábito de succión digital y labial presente en la población de estudio. 56	
Grafico 5. Habito de uso de biberón presente en la población de estudio.	57
Grafico 6. Frecuencia de tiempo del uso de biberón.	58
Grafico 7. Tiempo espacial del uso.	59
Grafico 8. Hábito de morderse las uñas (onicofagia).	60
Grafico 9. Clase molar de Angle presente en la población.....	61
Grafico 10. Tipo de mordida presente en la población de estudio.....	62
Grafico 11. Apiñamiento dentario presente en la población de estudio.....	63
Grafico 12. Presencia de atresia maxilar en la población de estudio	64

RESUMEN

La maloclusión corresponde a un grupo de patologías caracterizadas por alteración del crecimiento y desarrollo de los maxilares o nivel dentario, que repercuten en la forma, función y pueden deberse a hábito, sistémicas o hereditarias. El objetivo de esta investigación fue Determinar la relación entre hábitos deletéreos y la maloclusión en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo. Año 2019. El estudio fue observacional analítico de corte trasversal, se realizó en tres instituciones educativas de la ciudad de Cnel. Oviedo, la población fue de 23 escuelas existente en dicha ciudad, para la selección de muestra se realizó un muestreo aleatorio simple quedando conformado tres instituciones con un total de 63 niños en los turnos mañana y tarde, se incluyeron en el estudio alumnos de ambos sexo del pre escolar y aquellos que contaban con el consentimiento informado firmado por los padres, para la recolección de datos se utilizaron como técnica la observación y como instrumento un cuestionario, para el análisis estadístico se utilizaron una planilla electrónica tipo Excel 2013 para la carga de datos y fueron analizados con el programa estadístico Stata 14.0. Los Resultados respecto a los que realizaban succión digital, el 77,77% también presentó apiñamiento dental, en cuanto a los hábitos deletéreos presentes en la población con mayor prevalecía fue el uso de biberón con un 84,1%; clase I molar de Angle el 47, 6% de la población; el 89% no presenta atresia maxilar. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el apiñamiento dental y la succión digital con $p= 4\%.(0,004)$; respondiendo al objetivo general concluyo diciendo que en cuanto a la relación del habito deletéreo y la maloclusión se encontró que un poco más de la mitad de la población presenta relación entre la succión digital y apiñamiento dentario encontrándose asociación estadísticamente significativa y más de la mitad de la población no presenta relación entre atresia maxilar y succión digital encontrándose una asociación estadísticamente significativa.

Palabras claves: apiñamiento, onicofagia, hábitos, clase molar, maloclusión.

ABSTRACT

Misaligned teeth refers to a group of pathologies characterized by impairment of the growth and development of the jaws or dental level, which affect their shape, function, and may be due to habit, systemic or hereditary. The objective of this research was to determine the relationship between deleterious habits and bad occlusion in preschool aged children from three educational institutions in Cnel. Oviedo during 2019. An analytical observational study of a transversal cut was performed at three educational institutions in the city of Cnel. Oviedo. There were 23 schools in the city, composed of a total of 63 children in the morning and afternoon shifts, of which a simple random type sampling was taken. Preschool students of both sexes were included in the study, namely those who had the consent authorization signed by their parents. In order to retrieve the data, observations were used as a technique, a questionnaire as an instrument, an Excel 2013 electronic spreadsheet for the data loading and statistical analysis, and that same information was then analyzed in a statistical program, Stata 14.0. The results, according to those children who were engaging in the practice of digital suction; 77.77% of them also presented dental crowding, and regarding the presence of deleterious habits in the population, the highest prevalence was the use of a feeding bottle with 84.1%; Angle molar class I 47.6% of the population; and 89% of the students did not present maxillary atresia. A statistically significant association was found between dental crowding and digital suction with $p = 4\%$. (0.004). In response to the general objective, I will conclude by saying that, regarding the relationship between the deleterious habit and malocclusion, it was found that a little more than half of the population demonstrated a relationship between digital suction and dental crowding, demonstrating a statistically significant association. Additionally, more than half of the population did not have a relationship between maxillary atresia and digital suction, thereby also resulting in a finding of a statistically significant association.

Key words: Dental Crowding, Onychophagy, Habits, Molar Class, Malocclusion.

RESUMO

A má oclusão corresponde a um grupo de patologias caracterizadas por comprometimento do crescimento e desenvolvimento dos maxilares ou nível dentário, que afetam a forma, a função e podem ser devidos a hábitos sistêmicos ou hereditários. O objetivo desta pesquisa foi determinar a relação entre hábitos prejudiciais e má oclusão em pré-escolares de três instituições de ensino de Cnel Oviedo. 2019 ano. O estudo foi uma observação analítica do corte transversal, realizada em três instituições de ensino da cidade de Cnel. Em Oviedo, a população era de 23 escolas na cidade; para a seleção da amostra, foi realizada uma amostragem aleatória simples, formando três instituições, com um total de 63 crianças nos turnos da manhã e tarde, estudantes de ambos os sexos da pré-escola e aqueles que tiveram o consentimento informado assinado pelos pais foram incluídos no estudo, para coleta de dados, a técnica de observação é usada como ferramenta de pesquisa; para análise estatística, é usada uma planilha eletrônica do Excel 2013 para carregamento de dados e a análise analisada usando o programa estatístico Stata 14.0. Os Resultados em relação àqueles que realizaram sucção digital, 77,77% também apresentaram apinhamento dentário, em relação aos hábitos deletérios presentes na população com maior prevalência foi o uso de mamadeira com 84,1%; Classe molar angular I 47,6% da população; 89% não apresentam atresia maxilar. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre apinhamento dentário e sucção digital com $p = 4\%$. (0,004); respondendo ao objetivo geral, concluiu dizendo que, quanto à relação entre hábito deletério e má oclusão, verificou-se que pouco mais da metade da população apresenta relação entre sucção digital e apinhamento dentário, encontrando associação estatisticamente significativa e mais da metade dos à população não apresenta relação entre atresia maxilar e sucção digital, encontrando associação estatisticamente significativa.

Palavras-chave: apinhamento, onicofagia, hábitos, classe molar, má oclusão

ÑEMOMBYKY

Pe Tâi ñemohenda vai omba'e umi mba'asy ohechaukáva pe ñande maxilar kakuaa ha guerojera vai, upéva rupive ikatu jahecha mba'éichapa oñemoirũ ysajápe, ha iñemba'apópe, ikatuhápe avei ojehe jeipokuaa vaikuére, mba'e vai omoirũva ñande retére o pe jaguerúva ñande ypykuégui. Pe jehupytyrã ha'e va'ekue jaikuaa pe jogueraha oĩva umi jeipokuaa vai mba'asy ogueru kuaáva ha avei mba'éichapa tâi kuéra okakuaa vai umi mitã oñepyrũva ohóvo mbo'ehaópe mbohapy ñembo'eha Cnel. Oviedogua, 2019 arýpe. Ojejapo peteĩ ñemoarandu ojehechahápe peteĩ ñekytĩ teicharã; ojejapo mbohapy ñembo'ehápe Cnel. Oviedo-pe, 23 mbo'ehao upe távagua ojeipuru ñemoarandu ramo, ojeiporavo haġua ojejapo ñemaña'ýre, opyta haġua ipahápe 63 temimbo'e pyhareve ha ka'arugua. Mitãkuña ha mitãkuimba'e pre-escolargua oñemoingue ko ñemoarandúpe, umi túva a sy omoneĩva kuation rupive; apopyme'ê ojeiporavo haġua ojehecha ha ojeiapoka kuationhai; apopyme'ê oñemomba'apo pe mba'e hérava Microsoft Excel 2013 ha STATA 14.0 komputadora rupive. Jehechauhápe, umi okambúva ikuã rehe 77.77% ohechauka avei tâi ñembojo'a, ha umi mba'e ojeiapovéva entero mitã apytépe ha'e pe mba'e mitã pyteha jeipuru 84.1%; tâi guasu I Angle apytépe 47.6% ñemoarandu apytépe; 89% ndohechaukáai atresia maxilar. Ojejuhu ñemoirũha estadístikape ojeuerohorýva tâi ñembojo'a ha tâi jepyte apytépe $p=4\%$ (0.004); ñambohovái ramo pe tuichavéva jehupytyha ikatu amohu'ã ha'éhápe jañe'ê ramo pe joaju oĩva jeipokuaa vai ha tâi ñemohenda vai apytépe michĩmi pe mbytere hetaveha ohasa oguerekóva ñembojoajurã tâi jepyte ha tâi ñembojo'apa apytépe; ojetopahápe avei estadística rupive ñemoarandu apytépe hetaveha pe ndohechaukáiva ñembojoaju atresia maxilar ha tâi jepyte apytépe.

Ñe'ê ruvicha: Tâi ñembojo'a; Onikofagia; Tâi guasu, Tâi ñemohenda vai.

1. INTRODUCCIÓN

Los hábitos deletéreos han sido de interés tanto para los padres de los pacientes y los profesionales, ya que son los principales causantes de la mal oclusión dentaria. Dicho hábito oral es valorado como un signo de ansiedad o inseguridad, o simplemente ganas de llamar la atención y esto lleva a consecuencias en el entorno social; altera la posición de los dientes, el habla y estética y de esta manera influenciando directamente en su entorno social siendo el niño propósito de burla y rechazo.

La costumbre es aprendida y se define como la conducta que se repite en el tiempo de modo sistémico, esto se origina dentro del sistema neuro muscular, en vista a que son patrones de reflejos de las contracciones musculares complejas que se adquieren. En el crecimiento y desarrollo de los niños presentan costumbres fisiológicas con lo que nace el individuo como son los movimientos corporales propios de la persona, la manera en que deglute, la respiración nasal y los mecanismos de succión.

El hábito deletéreo actúa de manera directa sobre la cavidad oral como los arcos, piezas dentarias y tejidos blandos; estas pueden ser la succión pulgar, la deglución atípica, muy de la mano con un empuje lingual involuntario y la respiración bucal. Estos hábitos podrían ser la causa de la mal oclusión dentaria en niños y la mal formación maxilofacial e incluso la retrusión o el prognatismo del maxilar superior o inferior.

Los hábitos orales pueden ser desarrollados desde el vientre materno, y observarse desde la semana trece de gestación. Chupar y lamer dentro de la matriz, son actos de placer relacionados con la boca. Existen cambios de posición

en los dientes por la succión digital, cambian dependiendo de la intensidad, duración, posición del dedo en la boca y frecuencia del hábito , de hecho, los tratamientos varían desde los procedimientos de modificación de comportamiento, monitoreo, reforzamiento positivo, uso de guantes, bandas adheridas al dedo, sustancias desagradables al gusto que se aplican sobre el dedo, uso de aparatología intraoral como rompe hábitos u ortodoncia, hasta tratamiento psicológico en algunos casos.

1.1. Planteamiento del problema

Esta investigación tomó como problemática los hábitos deletéreos relacionados con la mal oclusión en niños pre escolares en tres instituciones educativas de la ciudad de Cnel. Oviedo, cuyas consecuencias bucales a la larga perjudican la salud integral del niño

Los cambios estomatognáticos producidos por los hábitos deletéreos además de ser complejos, podrían solucionarse si se detectaran a tiempo y no solo en el consultorio con aparatos ortodóncicos sino también pruebas caseras, que los padres podrían utilizar para evitar las malformaciones dentales.

Las consecuencias y riesgos de los hábitos orales, son entre ellas la alteración de la función oral, la oclusión, y estética facial en el niño, llegando a producir malformaciones de tipo esquelético y dental, es importante reconocer las técnicas o alternativas para evitar este mal hábito o cómo abandonarlo dentro de un período de tiempo que no produzca daños significativos en el desarrollo del sistema estomatognático.

1.2. Pregunta de investigación

¿Existe relación entre los hábitos deletéreos y la mal oclusión en niños de las Instituciones de Cnel. Oviedo?

¿Cuáles son los tipos de hábitos en el grupo de estudio?

¿Cuál es la clase molar en el grupo de estudio?

¿Cuál es el tipo frecuente de mal oclusión en el grupo de estudio?

¿Cuál es la relación existente entre el tipo de hábitos y mal oclusión en el grupo de estudio?

1.3. Objetivos

Objetivo General:

Determinar la relación entre hábitos deletéreos y la mal oclusión en niños pre escolares de tres escuelas de Cnel Oviedo, año 2019.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los hábitos deletéreos presentes en la población de estudio.
2. Determinar la clase molar de Angle en la población de estudio.
3. Determinar el tipo de mal oclusión en la población de estudio.
4. Relacionar el tipo de hábito y la mal oclusión en la población de estudio.

1.4. Justificación

La investigación tuvo relevancia profesional y social porque de acuerdo a diversos trabajos realizados en diferentes partes del mundo se conoció la alta prevalencia de mal oclusiones dentarias. Por lo tanto, debemos tener en cuenta que los resultados de este tipo de investigación, en el cual se observaron los diferentes males oclusiones dentarias producidas por hábitos, proporcionaron información útil a diversos investigadores y profesionales de odontología, y así realizar una odontología preventiva, identificando los hábitos precozmente.

Los hábitos deletéreos son uno de los principales factores etiológicos causantes de mal oclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y extra orales lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es a edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años edad los problemas pueden corregirse espontáneamente.

Esta investigación puede motivar a la Facultad de Odontología Santo Tomas de Aquino para que realice actividades donde se dé información educativa a los padres de los niños con problemas de hábitos bucales; así como también charlas preventivas a padres en distintas instituciones cuyos hijos aún no presentan mal oclusión dentaria.

1.5. Antecedentes

El año 2012 Chamorro y Col. hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Se revisaron 209 historias de pacientes con edades entre los 5 y 12 años, se determinaron los hábitos presentes y se analizó la distribución de acuerdo a tipo de hábito, así como la relación con edad y género. Del total de sujetos estudiados, 140 (67%) presentaban al menos un hábito oral, siendo más frecuente en el género femenino. se determinó que el hábito oral que se presentó con mayor frecuencia fue el de respiración oral con un 36%, seguido de onicofagia con un 24%, y el hábito oral menos frecuente fue el de apretar los dientes con un 11% (1).

Ya en el año 2014, Morales Chávez y Col. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. se realizó un estudio transversal en el cual se evaluaron 195 historia clínicas de pacientes con edades comprendidas entre 3 y 16 años que acudieron al posgrado de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Santa María en Caracas, Venezuela. Se tomaron datos asociados con el tiempo de lactancia materna, presencia de hábitos parafuncionales y maloclusiones. 29,7 % de los niños recibió lactancia materna durante un periodo menor o igual a 5 meses; el 62,1 %, durante 6 meses o más, y el 8,2 % no recibió lactancia materna. El 84,1% presentó hábitos parafuncionales y 41% presentó algún tipo de maloclusión. Al aplicar la prueba de χ^2 a cada variable, se determinó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de lactancia menor a 6 meses y la aparición hábitos parafuncionales ($p = 0,001$). Sin embargo, no se observó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de lactancia y la aparición de maloclusiones ($p = 0,012$) (2).

En el año 2015, Páez Torres y Col. hábito de succión digital en niños de escuelas primarias urbanas y una propuesta de intervención. Se realizó un estudio observacional en tres etapas: la primera de carácter analítico y transversal, la segunda descriptiva transversal y retrospectiva y la tercera de carácter cualitativo. El universo estuvo integrado por 2667 niños(as) de 7 a 11 años de Güines. Se realizaron entrevistas y examen clínico. Los datos fueron recogidos en planillas, procesados en formato digital y presentados en tablas, utilizando números naturales y porcentos. Se empleó la prueba de χ^2 y de Duncan. La prevalencia del hábito fue de 7,6 % mostrando las mayores cifras en el sexo femenino con el 5,3, el tipo de lactancia más frecuente fue la mixta con el 56,5 % y el 80,3 % de los escolares practicaban el hábito en momentos muy aislados. Se proponen técnicas de identificación de problemas y un programa de acciones de salud (3).

En el año 2017, Reyes Romagosa y Col. influencia del tipo y tiempo de lactancia materna en la aparición de los hábitos deformantes. Se realizó un estudio descriptivo transversal y retrospectivo. El universo estuvo formado por 1021 madres con niños de 2 a 4 años de edad y la muestra integrada por 300 madres con sus respectivos hijos, seleccionados por un muestreo aleatorio simple; se obtuvieron las variables edad, sexo, hábitos bucales deformantes, tiempo de lactancia materna y tipo de lactancia. El grupo de 3 años (44,7 %) y el sexo femenino (55,7 %), con uso de chupetes y biberones (45,7 %), como hábito bucal deformante en el sexo femenino; la lactancia mixta (65,3 %) en niños con hábitos, lactancia materna por menos de 3 meses (40,8 %). Predominó el hábito de chupetes y biberones (45,7 %) en todos los tiempos de lactancia, observándose que disminuye a medida que aumenta el tiempo de lactancia materna (4,9 %) (4).

2. MARCO TEORICO

2.1. Definición de Oclusión y Mal oclusión dentaria.

La oclusión se define como la interacción existente entre la arcada superior e inferior de la cavidad bucal. Cualquier cambio entre dicha interacción es decir desviación de uno de los dientes en su arcada lleva el nombre de mal oclusión dentaria. Dicha mal oclusión no solo tiene su origen en las piezas dentarias y los maxilares, también puede ser consecuente del resultado de una alteración del cráneo, huesos de la cara o estructuras que se encuentran alejado de las piezas dentarias (5).

2.1.1. Epidemiología de la mal oclusión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la mal oclusión ocupa el tercer lugar entre las enfermedades bucales más prevalente y es considerado un problema en salud (5).

2.1.2. Etología de la mal oclusión.

La mal oclusión no tiene una causa específica si no son varios los factores difíciles de diagnosticar durante el desarrollo del individuo. Graber (clasificación de Graber) divide los factores etiológicos en intrínsecos y extrínsecos.

Factores extrínsecos: Son factores actuando a distancia, generalmente durante la formación del individuo y que, y no son controlables entre ellas se encuentran

- Hereditarias: que pueden ser influencia racial hereditaria, tipo facial hereditaria, influencia hereditaria en el patrón de crecimiento y desarrollos.
- Molestias o deformidades congénitas: Pueden citarse como labio leporino, parálisis cerebral, torticoles, distosis, cleidocraneana, sífilis congénita.

- Medio ambiente: influencia prenatal, influencia posnatal
- Problemas dietéticos: raquitismo, escorbuto, beriberi
- Hábitos y presiones anormales
- Postura.

Factores intrínsecos locales: son los que están más relacionados a la cavidad bucal y pueden ser controlados por el odontólogo por tanto deben ser detectados y eliminados para que sea mantenida la corrección y no ocurran recidivas.

Entre ellas se subdividen en

- Anomalías dentarias: dientes supernumerarios, ausencia dentaria
- Anomalías de tamaño: macrodoncia, microfónica
- Anomalías de forma: dientes conoides, cúspides extras, geminación, fusión, molares en forma frambuesa, dientes de Hutchinson
- Frenillos labiales y bridas mucosas
- Pérdida prematura de dientes deciduos
- Erupción tardía de los dientes permanentes
- Vía de erupción anormal
- Anquilosis
- Caries dental
- Restauraciones dentarias inadecuadas (6).

2.1.3. Tipos de mal oclusión.

2.1.3.1 Mal oclusión clase I:

Son aquellas que se consideran en condiciones de normo- oclusión molar y sagital con un normal equilibrio esquelético. Los individuos con este tipo de

maloclusión presentan relaciones molares normales, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer inferior, mientras que a nivel incisa existe un overbite y un overjet entre 0 y 4 mm. Con “equilibrio esquelético” se describe una relación armónica entre las bases esqueléticas (maxilar y mandibular) en el plano sagital, traducido en valores del ángulo ANB comprendido entre 0 y 4 grados; y en vertical cuando el tercio medio e inferior de las caras están en relación armónica de 1:1 (7).

El mal oclusiones clase I comprenden:

- Las anomalías de mordida anterior y posterolateral,
- La sobreoclusión e infraoclusión incisiva,
- La relación incisiva de Clase II y Clase III,
- La discrepancia alveolodentaria por defecto (apiñamiento) o por exceso (diastema) (7).

2.1.3.2 Mal oclusiones Clase II:

Es cuando el molar inferior permanente ocluye distalmente con respecto a su posición normal, es decir, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye mesialmente en el surco vestibular del primer molar inferior. El motivo puede ser módico, a veces mayor con la dimensión igual a la mitad o más del largo del primer molar, caso en el cual la cúspide mesiovestibular del primer molar ocluye en el espacio entre el primer molar inferior y el segundo premolar o algo posterior. Se debe considerar además de la relación oclusal, también la esquelética y la dirección de crecimiento (8).

Desde el punto de vista oclusal, se distingue

Clase II división 1

Cuando la distoclusión molar está asociada a la vestibularización de los incisivos superiores, exceso de overjet y overbite de grados varios (9).

Clase II división 2

Cuando los incisivos centrales superiores son verticales o inclinados lingualmente, y cuando presentan una pequeña y/o nulo overjet y un profundo overbite. Generalmente los incisivos laterales pueden estar apiñados y tener una inclinación vestibular (9).

Las Clases II pueden estar soportadas por una condición de Clase I esquelética, o por una clase esquelética postnormal ($ANB > 4^{\circ}$). Pueden presentarse en pacientes con tendencia de crecimiento mandibular normal, horario, anti horaria. Pueden presentar un componente distoalveolar, esquelético o ambos (9).

2.1.3.3. Maloclusión Case III:

Es la desarmonía de tercio medio de la cara, generalmente en la base craneal, que se manifiesta con la inversión de las relaciones dentales(10).

Características clínicas:

A nivel oclusal se verifica una relación Clase III o mesioclusión cuando el primer molar inferior permanente ocluye mesialmente con respecto a su posición normal; la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye distalmente al surco vestibular del primer molar inferior permanente, a menudo con el surco distoalveolar y en los casos más graves, con el espacio entre el primer y segundo molar inferior. Los incisivos presentan, casi siempre un overjet invertido

junto a un overbite variable y además una mordida abierta. Generalmente los incisivos inferiores se inclinan lingualmente y los incisivos superiores vestibularmente (11).

Los factores genéticos representan elementos etiológicos determinantes en el desarrollo de una Clase III, con un relativo exceso de crecimiento mandibular o un hipodesarrollo del maxilar superior; anomalías de posición, volumen y forma de la lengua, hipertrofia de amígdala y adenoides representan elementos agravantes (11).

2.2. Hábitos

Un hábito es la costumbre fija, producida por la repetición de un acto, el mismo que se hace menos consciente y si se repite a menudo, puede ser relegado por completo al inconsciente (12).

Hay consenso en aceptar que el mal hábito proporciona satisfacciones, por ser agradable al que lo practica, y en algunos casos son manifestaciones minimizantes subestimadas de procesos de ansiedad (12).

El efecto de la manifestación repetitiva y de la satisfacción que depara es lo que determina la instalación del hábito. Por tanto, son expresiones viciosas de aspecto físico, motor y de satisfacción psicoemocional (12).

2.2.1. Definiciones de Hábitos.

Braner, afirma que los actos infantiles que resultan en patrones mentales, inconscientes, parecen surgir de fuentes principales: instintos, insuficiente o incorrecta liberación de energía, dolor o incomodidad, tamaño físico anormal de las partes, imitación o imposición de los padres y otros (13).

Finn, sostiene que un hábito como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente, ya sea en forma física o moral al mismo niño, o a quienes lo rodean (13).

Frecuentemente los niños adquieren un cierto número de hábitos que pueden ser temporal o permanentemente nocivos a la oclusión dental y estructuras dentarias de soporte (13).

Se considera que aún es más seguro afirmar que hábitos bucales y disfunciones son probables factores determinantes de maloclusiones. Como factores fuertes y únicos, podemos afirmar que no. Preferimos entenderlos como factores etiológicos coadyuvantes. Además para que haya desequilibrio y el hábito lleve a maloclusiones dentales, es necesario que se produzca la combinación: frecuencia, duración e intensidad (13).

2.2.2. Clasificación de hábitos bucales en según Sydney.

_ **Hábitos no compulsivos:** Aquellos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste. Es decir, todos aquellos hábitos con patrones reflejos, como la succión digital durante el primer año de vida del infante, la deglución infantil, etc (14).

_ **Hábitos compulsivos:** Aquellos que han adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de dicho hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su “válvula de seguridad” cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Este tipo de hábitos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada; y el niño tiende a sufrir mayor ansiedad cuando tratamos de corregirlo (14).

Entre los hábitos compulsivos debemos distinguir aquellos con patrones psicológicos como: succión digital, chupeteo o mordida del labio, onicofagia, etc. y aquellos con condicionantes fisiológicos como: respiración bucal, empuje lingual, etc (14).

2.3. Aspectos psicológicos relacionados a hábitos bucales deletéreos

Cuando llega al mundo el niño, se van a ir desarrollando su cuerpo y también estructuras psíquicas que van a ir dejando huellas en él y conformarán su aparato psíquico en los diferentes estadios (15).

El niño no tiene un aparato psíquico organizado desde su nacimiento, no tiene consciencia de su cuerpo como totalidad, experimenta un cúmulo de sensaciones placientes o displacientes diversas frente a las que actuará en la medida de sus posibilidades, escasas dada su vulnerabilidad. Así se tiene que los reflejos simples del recién nacido pronto experimentarán claras modificaciones a causa de su contacto con el ambiente; cuando eso ocurre, se convierten imperceptiblemente en comportamientos adquiridos en lugar de meros reflejos (15).

Durante la primera fase del desarrollo psicológico del niño, la boca juega un papel central, no sólo como órgano con el que el sujeto logra la incorporación a su cuerpo del alimento necesario, sino que a su alrededor organiza la primera forma estructurada de relación con el medio: la incorporación. Es decir, empiezan a aparecer los primeros hábitos bucales simples, las más elementales adquisiciones sensorio- motoras (16).

El hábito y el reflejo de succión en el infante tienen un efecto tranquilizador. El niño desde que nace hasta aproximadamente los dos años de edad, utiliza la succión para obtener su alimento durante el amamantamiento y relacionarse con el medio que lo rodea, ya que en la boca se concentran las sensaciones. El principal

acto instintivo de infante es la succión y todos los hábitos inadecuados de succión provienen de la insuficiente succión del pecho o mamadera (17).

Palermo, sugiere que la succión digital surge de una reacción de estímulo – recompensa y que desaparecerá espontáneamente, salvo que se convierta en un mecanismo para atraer la atención (17).

Algunos pediatras, psiquiatras y psicólogos consideran que los hábitos bucales se desarrollan a partir de problemas de conducta, profundamente arraigados y de los cuales pueden ser sólo un síntoma; mientras otros autores sostienen que la succión digital es un hábito sencillo adquirido (17).

2.3.1. Aspectos Neuromusculares relacionados a los hábitos deletéreos

Los hábitos bucales también tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, como la acción normal de los labios y la masticación adecuada (18).

Los reflejos se clasifican en:

2.3.1.1. Reflejos incondicionados y condicionados.

Los reflejos congénitos incondicionados o reacciones, son aquellos presentes al nacer que aparecen como parte normal de la maduración prenatal de la musculatura. Es necesario que ciertos reflejos congénitos incondicionados puedan operar en la región orofaríngea del recién nacido para permitir su supervivencia (18).

2.3.1.2. Los reflejos condicionados

Son de 2 clases:

Los que aparecen con el crecimiento y desarrollo normal del niño y los que aparecen como parte del aprendizaje del niño (18).

En la región oro facial, la deglución y masticación son ejemplos de reflejos que normalmente aparecen con el crecimiento y desarrollo, pero la succión del pulgar es un ejemplo de reflejo condicionado no deseable (18).

Las funciones orales del recién nacido son guiadas por estímulos táctiles locales, en particular los labios y la parte frontal de la lengua. Así la postura de la lengua es entre los labios, donde pueda desarrollar su rol de guía sensorial con más facilidad (18).

En la boca existe una gran concentración de receptores disponibles que al ser estimulados, modulan la coordinación del tallo cerebral ya maduro, que regula la respiración y la lactancia, y determina la posición de la cabeza y cuello para estos actos (19).

El desarrollo normal dental y facial depende de la función muscular. Es decir que el desarrollo y mantenimiento dental incluye un balance de fuerzas entre la musculatura de los labios y carrillos, externo a los arcos dentales, y los músculos de la lengua interno a los arcos (19).

Braner y otros refieren que la presión muscular anormal puede causar

Movimiento dentario en varias direcciones, hasta establecer un nuevo balance anormal, éste inducirá a deformidad facial o dental, dependiendo de la naturaleza, intensidad, dirección y duración de la presión muscular (19).

El tamaño de los órganos tales como: amígdalas, adenoides o lengua, pueden obstruir la correcta respiración, obligar a tener la lengua en posición adelantada, entre o contra los dientes anteriores al tragar, o mantener la mandíbula adelantada, para hacer más lugar en la faringe oral (19).

2.4. Deglución Normal

Desde la vida intrauterina el feto tiene tareas a realizar, entre ellas, deglutir líquido amniótico. El niño al nacer ya tiene que saber succionar y deglutir. Esto lo demuestra en forma evidente, pues ante la simple aproximación del pezón a su boca del bebé, lo toma con los labios, inicia la succión y deglute con perfección. Es muy raro que un recién nacido no sepa succionar y deglutir, y cuando esto sucede se hacen necesarias medidas especiales, pues representa la supervivencia (20).

Deglutir significa obtener un cierto volumen en la boca, cerrar los labios y presionar suavemente la lengua contra el paladar, llevando el contenido hacia las vías digestivas. No hay participación de la musculatura facial, especialmente de los músculos de la mímica (20).

La deglución, así como todas las funciones del aparato estomatognático, en el recién nacido normal y sano son perfectas. Al ser ejercidas correctamente son factores definidores de forma, contornos y ajustes entre las partes, cuyas interacciones llevan a la relación estructural normal. Cualquier alteración funcional puede determinar desviaciones en el crecimiento y el desarrollo normal, que llevarán a alteraciones (20).

El mecanismo de la deglución funciona de forma diferente en el niño y en el adulto. Hasta los cuatro años aproximadamente, el niño deglute con los maxilares separados y la lengua entre ellos. Después de esa edad, el niño inicia el pasaje para una deglución madura que comprende la oclusión de todos los dientes, el contacto de la lengua con la parte anterior del paladar y una contracción mínima de los labios. La desviación del patrón maduro de deglución se denomina deglución (20).

2.5. Tipos de hábitos deletéreos.

Existen varios tipos de hábitos deletéreos para la oclusión, que, si cumplen la combinación mencionada, frecuencia, duración e intensidad, producirán alteraciones en la oclusión dentaria, entre estos tenemos: deglución atípica, mal hábito de succión, hábito de morder (onicofagia, queilofagia y glosofagia), respiración bucal y hábitos de postura. Éstos serán descritos a continuación (21).

2.5.1. Deglución Atípica

La deglución atípica tiene su origen, básicamente en un desequilibrio de la musculatura entre la cinta muscular perioral y la lengua. Las alteraciones que se producen en la posición de la lengua durante cualquier fase de la deglución pasan desapercibidas por el individuo quien la convierte en un hábito. Estas alteraciones se cree que influyen al resto de los tejidos blandos y duros y que pueden contribuir al desarrollo de maloclusiones (21).

Las causas más probables son:

- Desequilibrio del control nervioso. Se da en niños que, por problemas neurológicos, no tiene control de la musculatura ni la coordinación motora; tampoco mantiene el equilibrio muscular durante la deglución.
- Amígdalas inflamadas. La amigdalitis frecuente hace que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.
- Macroglosia. Poco frecuente y ocurre en pacientes con cretinismo. La lengua es de aspecto voluminoso y ondulado.
- Anquiloglosia. Lengua anquilosada que no puede realizar correctamente los movimientos de deglución.

- Pérdida dentaria temprana y diastemas anteriores. Esto hace que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior (21).

2.5.1.1. Los tipos de deglución atípica son:

- Deglución con presión atípica de labio (interposición labial)
- Con presión atípica de lengua (21).

2.5.1.2. Deglución con presión atípica de labio.

Ocurre en pacientes que normalmente en reposo, los labios no entran en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores, de esta manera, se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. La pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida (21).

2.5.1.3. Deglución con presión atípica de la lengua (interposición lingual).

En este caso la lengua se aloja entre los incisivos, interponiéndose a veces, entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y de las comisuras, lo que provoca estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano (22).

Estas degluciones se clasifican en:

- _ Tipo I: No causa deformación
- _ Tipo II: Con presión lingual anterior.

La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos.

Las deformaciones que ocasiona son:

- a) mordida abierta anterior;
- b) mordida abierta y vestibuloversión;
- c) mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior

(22).

_ Tipo III: Con presión lingual lateral. La presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior.

Las deformaciones resultantes son:

- a) Mordida abierta lateral;
- b) mordida abierta lateral y mordida cruzada.

_ Tipo IV: Con presión lingual anterior y lateral (22).

Las mal oclusiones resultantes son:

- a) Mordida abierta anterior y lateral;
- b) mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión; (23).
- c) mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.

La deglución atípica por interposición lingual o labial se observa en aquellos niños, que fueron amamantados por un período menor de seis meses. La misma se considera como una persistencia de la deglución infantil, por falta o ausencia del amamantamiento, lo cual no permitió la maduración normal de la función y trajo como consecuencia la incorrecta postura de los órganos bucales, como sabemos es ocasionada por la alimentación a biberón (23).

2.5.2. Mal hábito de succión

El hábito de succionar sin finalidad nutritiva, tal vez sea el más frecuente.

Un significativo número de niños usan habitualmente chupete en sus primeros años de vida. También vemos con frecuencia un gran número de niños con amamantamiento natural que succionan el chupete. Lo que sucede es que al comienzo succionar es funcional y calmante, y puede hacerse con el pezón del pecho de la madre sin finalidad nutritiva. Aunque haya flujo suficiente de leche, el niño necesita después de la satisfacción alimentaria, seguir succionando para alcanzar la satisfacción emocional. Pero como existe la tendencia a retirar al niño del pecho ante la primera señal de plenitud alimentaria, esta fase complementaria se satisface con el chupete. El niño exige el chupete para alcanzar la satisfacción psicoemocional que la succión le proporciona (24).

Cuando la lactancia es alternativa, con biberón, la necesidad del complemento de succión es imperiosa. Hay niños que se satisfacen plenamente al mamar y duermen 3 ó 4 horas. Estos difícilmente necesitarán chupete. Pero otros se muestran más ávidos en succionar y exige el complemento. Si son niños alimentados con biberón entonces es imprescindible. Si no se les ofrece esto, terminan resolviéndolo por su propia cuenta, así inmediatamente finalizado el amamantamiento y estando en la cuna comienzan por succionar la mano y finalmente descubren el pulgar, e inician la succión de éste. La succión del pulgar determinará serias desviaciones en la forma de los arcos dentales (24).

A. Succión digital.

La succión del pulgar provoca generalmente una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula, ocasionada por la presión que ejercen la mano y el brazo. El hábito de succión provoca estrechamiento de los arcos superior e inferior

en la región de caninos y premolares y con menos intensidad en la región molar superior. Se produce una vestibularización de los dientes superiores anteriores y una mordida abierta originada por la interferencia del pulgar entre los arcos (25).

El dedo ejerce presión sobre los dientes y también sobre el hueso alveolar y el paladar, provocando una presión negativa intrabucal, en consecuencia, el paladar se estrecha y profundiza. El desarrollo de la deformación de los arcos dependerá de la posición que ocupan los dedos utilizados, la duración y la frecuencia de repetición del hábito. Si el niño tiene realmente el hábito de succión es porque tiene necesidad psicoemocional de practicarlo, por lo menos inicialmente. Los niños tienen hábitos bucales estrechamente vinculados a su estado emocional y los practican en los momentos de angustia o ansiedad (25).

Efecto dental: En el sector de la cara hay un bloqueo de la erupción de los incisivos inferiores y superiores con la consiguiente aparición de una mordida abierta anterior y un resalte moderado. Los incisivos superiores labioversan mientras que los inferiores versionan hacia lingual. Al mantener la boca abierta (por la presencia del pulgar), en el sector lateral de la arcada se produce un espacio libre y ausencia de contacto oclusal con lo que los molares se extruyen. Aparece relación molar Clase II de Angle.

Efecto Ortopédico: Frecuentemente aparece protrusión de la zona premaxilar (arcada superior en forma de V). Otros efectos ortopédicos son la estimulación del crecimiento sutural de los maxilares y el favorecimiento de la póstero-rotación mandibular (25).

Efecto Funcional: La introducción del dedo en la cavidad bucal reduce el espacio intraoral habitable y se favorece la posición lingual baja y la deglución infantil. La mordida abierta permite la interposición del labio inferior (25).

B. Succión de labios.

Es más frecuente que aparezca la succión del labio inferior. Da lugar a una deformación que afecta sobre todo a los incisivos laterales. Aparece una impresión labial y los incisivos superiores se desplazan hacia vestibular. Se crea un resalte anterior y una mordida abierta (16).

2.5.3. Hábito de morder

Los hábitos de morder tienen una incidencia tan alta como la de los hábitos de succión sin fines nutritivos. Se puede aceptar que hay bases etiológicas semejantes, además que en muchos pacientes se produjo el abandono del hábito de succión o su remoción de manera incorrecta, lo que provocó la transferencia del hábito de succión para los hábitos de morder (8).

Científicamente se conocen como hábitos de fagia y estos son onicofagia, queilofagia y glosofagia.

1. Onicofagia. Muchos niños abandonan el hábito de succión de chupete o del dedo y lo transfieren para morder las uñas. Es un hábito muy difícil de reeducar, por ser bastante disimulable (16).

Como consecuencia para la oclusión, no es tan grave como lo es para los dedos o para las uñas propiamente dichas. En los arcos dentales, algunas mordidas cruzadas de uno o de dos elementos pueden producirse, por la presión ejercida sobre el diente cuando muerde la uña. Se han observado también casos de intrusión de dientes, especialmente incisivos superiores (8).

2. Queilofagia. También se entiende como transferencia de los hábitos de succión. Inicialmente el niño succiona el labio inferior, el cual está sujetado entre los incisivos superiores e inferiores, y por la presión de la mordida, resulta la inclinación

vestibular de los incisivos superiores, y lingual en los inferiores. Como agravante se realiza la deglución en esta misma posición (8).

3. Glosofagia. Los niños lo realizan muchas veces cuando se realiza algún esfuerzo, y en esta época se han observado mordiéndose la lengua frente a computadora o televisión. La alteración de los arcos dentales será mordida abierta, resultante de la infraoclusión de los incisivos provocada por la presencia y por la presión de la lengua.

Mordidas abiertas laterales, especialmente unilaterales, son las más frecuentes. Esto ocurre porque al hacerse hábito, muchos individuos se muerden la lengua todo el día y para disimular lo hacen con los segmentos laterales de los arcos dentales (21).

2.5.4. Respiración bucal

Los seres humanos respiran fundamentalmente por la nariz, y parcialmente por la boca en determinadas circunstancias, siendo la más importante de ellas el aumento de las necesidades de aire durante el ejercicio (19).

En condiciones de reposo, para respirar por la nariz se requiere más esfuerzo que para hacerlo por la boca. Los tortuosos conductos nasales representan una resistencia al flujo respiratorio mientras cumplen su función de calentar y humidificar el aire inspirado. El mayor trabajo que supone la respiración nasal es fisiológicamente aceptable hasta cierto punto; de hecho la respiración es más eficaz cuando existe una ligera resistencia en el sistema (19).

La respiración cumple con una condición morfogenética importantísima: que a través del mecanismo de la inspiración y la expiración se produce tensión, distensión, sinónimos de estímulo de crecimiento a nivel de las suturas de los huesos membranosos. Si la nariz está obstruída parcialmente, aumenta el trabajo

para respirar por la misma, y al llegar a un nivel determinado de resistencia al flujo respiratorio, el individuo cambia la respiración bucal parcial (19).

En condiciones normales, el factor que limita el flujo respiratorio nasal es el tamaño de los orificios nasales. Normalmente, los niños tienen amígdalas faríngeas o adenoides de gran tamaño, y una obstrucción parcial producida por las mismas puede contribuir a la respiración bucal a esas edades. Los individuos que padecen obstrucción nasal crónica pueden seguir respirando parcialmente por la boca, incluso después de haber desaparecido la obstrucción. En este sentido es posible considerar la respiración bucal como un hábito (16).

Entonces podemos decir que las causas de respiración bucal son: obstrucciones de las vías aéreas superiores, desvíos del septo, inflamación de la membrana basal, cornetes inflamados, adenoides, etc (16).

La respiración a través de la cavidad oral requiere numerosos cambios en la musculatura. Los labios en reposo, dejan de estarlo, la lengua en su porción posterior se mueve hacia abajo y atrás del paladar, alejándose del paladar blando y es usualmente acompañada por un descenso en la posición de la mandíbula (16).

Durante la inspiración y expiración el aire pasa solamente por la cavidad bucal, y como consecuencia provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se moldea y se profundiza y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico. Se observa también una atresia transversal en la maxila con la consiguiente mordida cruzada posterior bilateral ósea. En una visión extrabucal, se aprecia al paciente con fascie adenoidea, es decir, rostro alargado y estrecho, ojos caídos, ojeras profundas, surcos genianos marcados, labios entreabiertos, hipotónicos y resecaos y surco nasolabial profundo.

Estos pacientes tienen frecuentemente deglución atípica y una postura de lengua y labios incorrecta (10).

Efectos inmediatos

Dentales: La incompetencia labial existente, genera labioversión de los incisivos superiores y linguoversión de los inferiores. El espacio libre que hay entre las arcadas permite la extrusión de la zona lateral superior mientras que la presencia de la lengua en posición baja genera un bloqueo eruptivo de la zona lateral inferior, favoreciendo la aparición de maloclusión Clase II de Angle (10).

Ortopédicos. La rotación mandibular, debido al descenso de la lengua y apertura bucal, conlleva a una posición sinfisiaria retraída. La hipotonía muscular inhibe el crecimiento condilar y de la rama ascendente (10).

Efectos a medio plazo

Dentales: La clase II molar de Angle es mucho más evidente por la presencia de la extrusión del sector lateral superior y el bloqueo eruptivo del inferior. El resalte a nivel anterior aumenta, lo que permite la interposición del labio inferior y habitualmente la instauración de la deglución atípica. La verticalización de los incisivos inferiores y el bloqueo de la zona lateral inferior favorecen el aumento de la curva de Spee (21).

Ortopédicos: Existe un remodelamiento alveolar con lo que se estabilizan la posterrotación y la retrusión mandibular. Se establece así una clase II esquelética.

40

Efectos a largo plazo (21).

Dentales: La verticalización de los incisivos inferiores conlleva a la pérdida de contacto con los superiores. Mientras la extrusión de los inferiores aumenta, la de los superiores se encuentra bloqueada por la presencia del labio inferior que se

interpone en la zona anterior. Estos cambios en los incisivos favorecen el aumento de la sobremordida. A nivel molar se establece la relación clase II de Angle, la curva de Spee es más exagerada y la posición baja de la lengua favorece el desarrollo de una contracción maxilar que puede ocasionar mordida cruzada uni o bilateral (21).

Ortopédicos: La retrusión mandibular produce un cambio en la respuesta de los tirantes musculares que ejercen una fuerza distal arrastrando hacia atrás al maxilar superior. (22)

Funcionales: Interposición del labio inferior que presenta hipertonicidad. El superior suele ser corto e hipotónico (21).

2.5.5. Hábitos de postura

Estos hábitos eran conocidos como hábitos de sueño o del descanso. Se instalan generalmente en los primeros meses de vida, antes que el niño inicie la fase motora más avanzada de la marcha. Usualmente el niño se acostumbra a adquirir una posición al dormir desde que está en la cuna. La almohada hace que la mandíbula bascule y el peso de la cabeza incida siempre del mismo lado. A esto se le agrega a veces, el hábito de poner la mano entre el rostro y la almohada, lo que empeora la situación, porque acentúa más el efecto (6).

Al crecer con éste hábito de mala postura, el peso de la cabeza del niño ejercerá presión solamente de un lado y la deformación consecuentemente es la grave mordida cruzada unilateral (6).

Como en toda terapéutica lo ideal son las medidas preventivas, el niño debe ser siempre cambiado de posición en la cuna, aunque sea una vez cada hora. Los cuidados y la atención dados al niño en la cuna, deben también alternarse de cada lado (6).

La postura del cráneo con respecto a la columna vertebral no está determinada por los músculos del cuello, los cuales conectan directamente estos dos sistemas, además existe otro sistema muscular indirecto formado por los subhioideos, los suprahioideos y los músculos elevadores de la mandíbula. La posición de la mandíbula está, por ende, plenamente relacionada (pero frecuentemente descuidada) con la postura del sistema cráneo- vertebral. Es más, su papel debe ser oportunamente reevaluado, ya que la mandíbula es el único elemento móvil del cráneo y está involucrado no sólo en muchas funciones normales (masticación, fonación, y deglución) y patológicas (bruxismos y apretamiento de dientes) sino que participa en la interpretación de diversos estados psíquicos del sujeto, constituyéndose generalmente en un indispensable anillo de unión en stress psicofísico u dolor cefálico vertebral (4).

Otro hábito frecuente es dormir con el rostro apoyado sobre la mano o sobre el antebrazo. El tipo de maloclusión que se ocasiona es generalmente unilateral y localizado en el arco superior (4).

Lo que ocurre es que el peso de la cabeza, pasa a los tejidos de la región maxilar y se localiza allí, por la acción de la mano o el brazo. Las estructuras de la mandíbula no se perjudican porque este hueso es móvil y se libra de las presiones deslizándose. Los dientes de la maxila experimentan una inclinación hacia palatino, ocasionando una mordida cruzada posterior (1).

Otro hábito frecuente es apoyar las manos al leer o estudiar, con la eminencia palmar y base del pulgar descansando sobre los premolares y molares superiores, provocando con esto, presión, desplazamiento lingual de los dientes. No todos los que se habituaron con esta posición tienen desvíos de la oclusión, porque éstos dependen, muchas veces de la práctica constante del hábito (1).

Es importante observar la postura de la cabeza, porque interviene en el posicionamiento de la lengua dentro de la cavidad bucal. Una desviación de la cabeza es suficiente, a veces para que la lengua ocupe más espacio de un lado de la cavidad bucal que del otro (21).

Si no hay equilibrio adecuado de la cabeza sobre el tronco, puede haber estímulo para el crecimiento anómalo de las bases óseas.

Generalmente la posición de la cabeza está vinculada al eje corporal. Por eso, desviaciones en el eje corporal como cifosis, escoliosis y lordosis, pueden tener como consecuencia el cambio de postura de la cabeza (16).

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudio.

Analítico de corte trasversal.

3.2. Localización, población, muestra y muestreo.

El estudio se realizó en las instituciones educativas, Escuela Básica N° 2831 Don Pantaleón Monges; Escuela Básica N° 6049 Priv. Sub; Santa Clara, Escuela Básica N° 504 Priv. Sub El Amanecer. La población correspondió a 23 escuelas existentes en coronel Oviedo según la supervisión de apoyo técnico pedagógico de la zona A-11 en dicho listado se encontró un total de 1309 de los cuales 524 correspondieron al preescolar nivel de interés para esta investigación, participaron alumnos del Pre escolar en los turnos mañana y tarde. Para la selección de las instituciones muestreo no probabilístico por conveniencia, para los sujetos de estudio muestreo probabilístico aleatorio estratificado por grados, quedó conformado las escuelas: Escuela Básica N° 2831 Don Pantaleón Monges; Escuela Básica N° 6049 Priv. Sub; Santa Clara, Escuela Básica N° 504 Priv. Sub. El Amanecer

Escuela	Total
Escuela básica N°2831 don Pantaleón Monges González	16
Escuela Básica N° 6049 Priv. Sub. Santa Clara	27
Escuela Básica N° 5049 Priv. Sub. El amanecer.	20

3.3. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

Alumnos de ambos sexos del pre escolar

Aquellos que tuvieron el consentimiento informado firmado por los padres.

Criterios de exclusión.

Alumnos que contaban con alguna enfermedad sistémica o que estaban tomando alguna medicación y estas influían en la oclusión.

3.4. Operacionalización de las variables.

Variable de estudio	Definición Operacional	Indicador Operacional	Tipo de variable	Manejo estadístico
Hábitos	Hábitos no funcionales	Si/ no	Categórico.	Frecuencia Absoluta y relativa
	-Succión digital -Alimentación no nutritiva -Onicofagia.	Si/no	Dicotómica.	
Maloclusión	* Alteraciones en el desarrollo fisiopatológico de la oclusión dentaria	Mordida: abierta cerrada Apiñamiento: anterior posterior Atresia maxilar: si no	Categórica politómica	
Variables operacionales				
Edad	Edad Cronológica	Años.	Numérico	Promedio/Desvío Estándar
sexo	Genero.	M F	Categórica Dicotómica.	Fre. Absoluta Y Relativa
Zona de Residencia	Lugar donde vive con sus padres o tutores	Rural. Urbano.	Categórica Dicotómica.	Fre. Absoluta Y Fre. Relativa
Tipo Molar	Clasificación de Angle	Clase I Clase II Clase III	Categórica Politómica.	Fre. Absoluta Y Fre. Relativa

3.5. Procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Previo consentimiento informado firmado por los padres o tutores legales seguido de la aplicación de un cuestionario donde se recolectó los datos sociodemográficos y tipos de hábitos existente en los niños, se procedió; con ayuda de instrumentos: espejo, sonda, baja lengua, a la exploración clínica a luz natural, los datos sobre: a.) tipo molar b.) tipo de mordida; estos fueron registrados en una ficha clínica validado por Gloria Rossana Mendizabal Campo Verde en su estudio Nivel de Información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria, en madres que acudieron al servicio de Odontología Pediátrica del Centro médico Naval, en el año 2006.

3.6. Análisis Estadísticos

Los datos fueron cargados en una planilla electrónica tipo Excel 2013 y analizados con el programa estadístico Stata 14.0; se aplicaron análisis estadísticos analíticos de relación: chi2 de McNemar y P-valor.

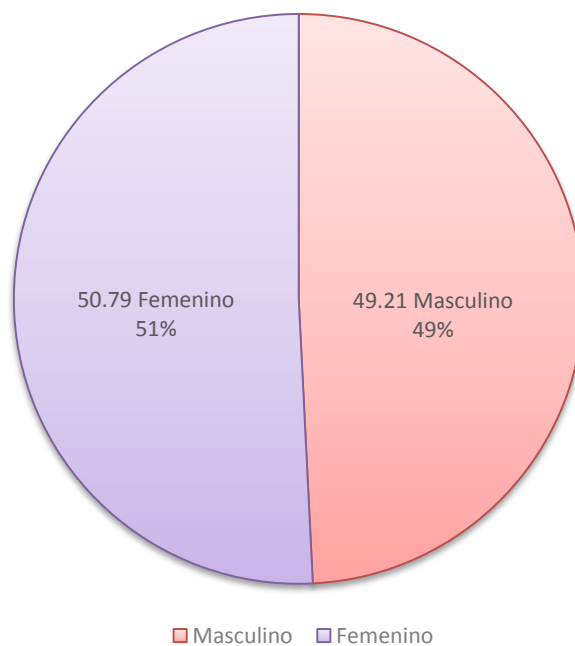
3.7. Consideraciones Éticas.

A los padres o tutores legales del niño se les entregó un consentimiento informado donde se les explicó el procedimiento a realizar y constó que la inspección bucal no cuenta con ningún riesgo para el niño, se conservó en anonimato las informaciones confidenciales de los participantes del estudio, se realizó charla educativa a los encuestados.

4. RESULTADOS

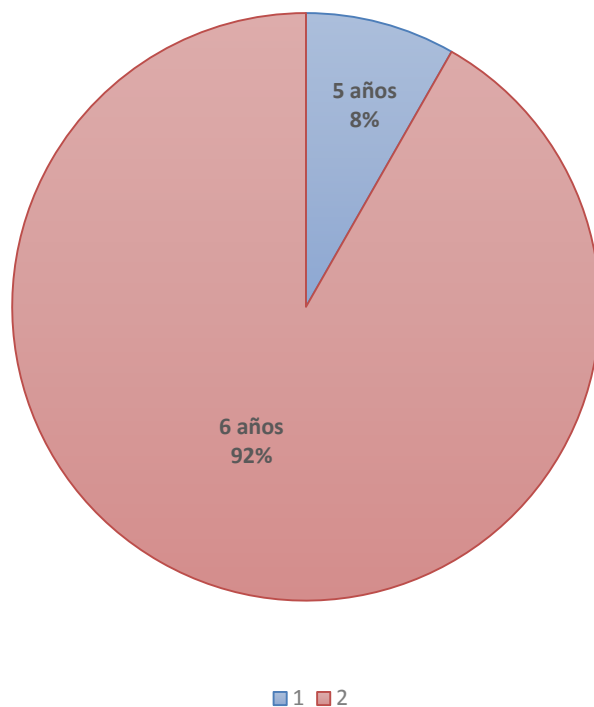
Se incluyeron 63 niños del sexo femenino y masculino, entre 5 y 6 años de edad del pre escolar del turno mañana y tarde de tres escuelas de la ciudad de Coronel Oviedo.

Grafico 1. .Distribución del sexo de los niños de estudio. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019. n=63.



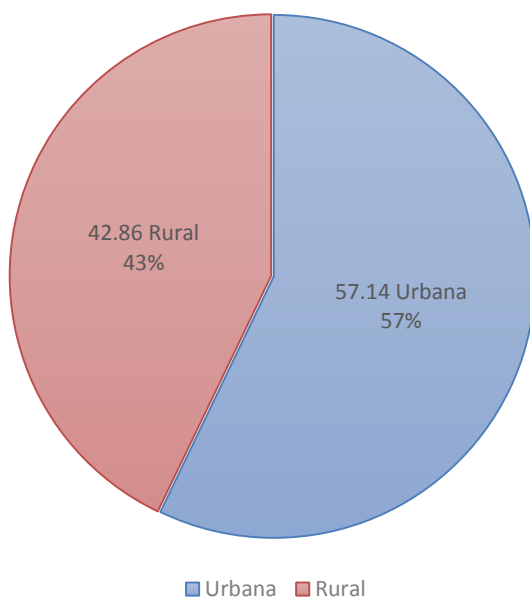
En cuanto a la distribución del sexo, el 50. 79 (32) correspondieron al sexo femenino. n=63

Grafico 2. Distribución de edad de los niños de estudio. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019. n=63



En cuanto a la distribución de edades el 55,56 (35) perteneció a la edad de 6 años.

Grafico 3. Distribucion de zona de los niños de estudio. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019 n=63



En Cuanto a la distribución de la zona el 57, 14 (36) correspondió a la zona Urbana.

Tabla 1. Relación de hábitos deletéreos con apiñamiento dental Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019. n=63

Tabla 1. Relación entre apiñamiento dental y hábitos deletéreos					
Hábitos deletéreos	Apiñamiento dental				p valor
	Si	%	No	%	
Succión Digital					
Si	7	77,78	2	22,22	0,004
No	15	27,78	39	72,22	
Uso del biberón					
Si	3	30	7	70	0,722
No	19	35,85	34	64,15	
Onicofagia					
Si	6	27,27	16	72,73	0,351
No	16	39,02	25	60,98	

Esta tabla presenta el apiñamiento dental con respecto a los hábitos deletéreos de succión dental, uso del biberón y onicofagia.

Con respecto a la succión digital, el 77,77% (7) presentaron apiñamiento dental, de los que realizaron succión digital, el 72,22% (39) no presentó apiñamiento dental, encontrándose asociación estadísticamente significativa entre el apiñamiento dental y la succión digital.

En relación al uso del biberón, el 70% (7) de los que usaron no presentaron apiñamiento dental, de los que no lo usaron, el 64,15% (34) no presentaron apiñamiento dental. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el apiñamiento dental y el uso del biberón.

Con respecto a la onicofagia, el 72,73% (16) de los que se mordían las uñas, no presentó apiñamiento dental, de los que no se mordían, el 60,98% (25) no presentó apiñamiento dental. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el apiñamiento dental y la onicofagia.

Tabla 2. Relación de hábitos deletéreos y tipo de mordida. Determinar la relación entre hábitos deletéreos y la mal oclusión en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019 n=63

Tabla 2. Relación entre tipo de mordida y hábitos deletéreos					
Hábitos deletéreos	tipo de mordida				p valor
	Si	%	No	%	
Succión Digital					
Si	2	22,22	7	77,78	0,36
No	7	11,32	47	88,68	
Uso del biberón					
Si	2	22,22	7	77,78	0,367
No	6	11,32	47	88,68	
Onicofagia					
Si	2	9,09	20	90,91	0,507
No	6	15	34	85	

Con respecto a la succión digital el 77,78 (7) presento tipo de mordida cerrada de los que no realizaron succión digital, el 88, 68 (47) presento tipo de mordida cerrada. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tipo de mordida y succión digital.

Con respecto al uso de biberón el 77, 78 (7) presento tipo de mordida cerrada de los que no realizaron uso del biberón el 88, 68 (47) presento tipo de mordida cerrada. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tipo de mordida y uso de biberón

Con respecto a la onicofagia el 90, 91 (20) presento mordida cerrada de los que, si se mordían las uñas, y un 85, 00 (34) de los que no se muerden las uñas. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la onicofagia y el tipo de mordida.

Tabla 3. Relación de hábitos deletéreos y Atresia Maxilar. Determinar la relación entre hábitos deletéreos y la mal oclusión en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019. n = 63

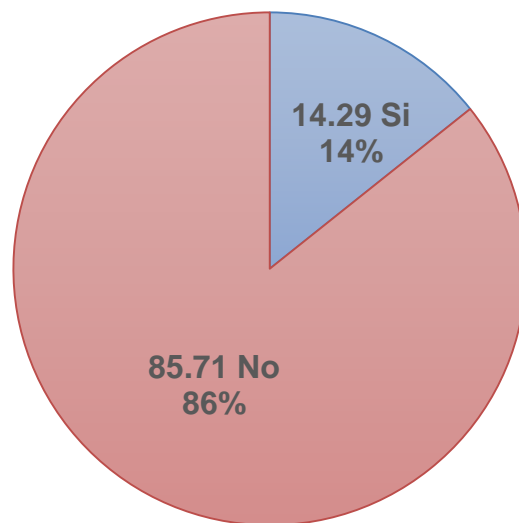
Tabla 3. Relación entre atresia maxilar y hábitos deletéreos					
Hábitos deletéreos	Atresia maxilar				p valor
	Si	%	No	%	
Succión Digital					
Si	4	44,44	5	55,56	0,001
No	3	5,33	50	94,34	
Uso del biberón					
Si	2	20	8	80	0,342
No	5	9,62	47	90,38	
Onicofagia					
Si	3	13,64	19	86,36	0,665
No	4	10	55	88,71	

Con respecto a la succión digital el 55, 56 (5) no presentaron atresia maxilar de los que realizaban succión digital, el 94, 37 (50) no presentaron atresia de los que no realizaban succión digital. Se encontró una asociación significativa entre succión digital y atresia maxilar.

Con respecto al uso de biberón el 80 (8) no presento atresia de los que, si usaron biberón, el 90, 38(47) no presentaron atresia de los que no usaron biberón. No se encontró una asociación significativa entre el uso de biberón y atresia maxilar.

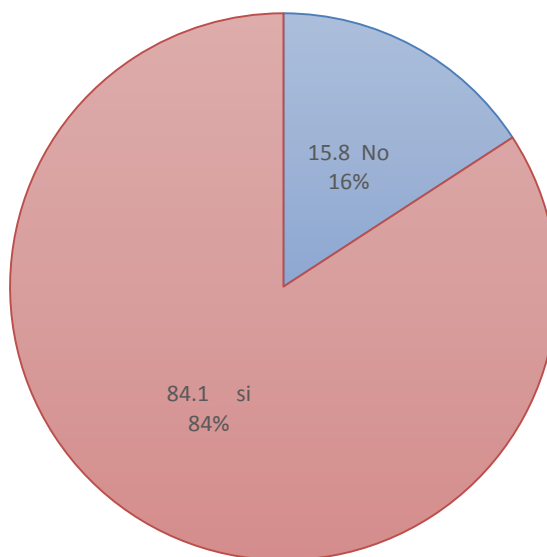
Con respecto a la onicofagia el 86,36 (19) no presento atresia maxilar de los que, si se mordían la uña, el 88, 71 (55) no presento atresia maxilar de los que no presentaban onicofagia. No se encontró una asociación significativa entre la onicofagia y atresia maxilar.

Grafico 4. Hábito de succión digital y labial presente en la población de estudio. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019 n=63.



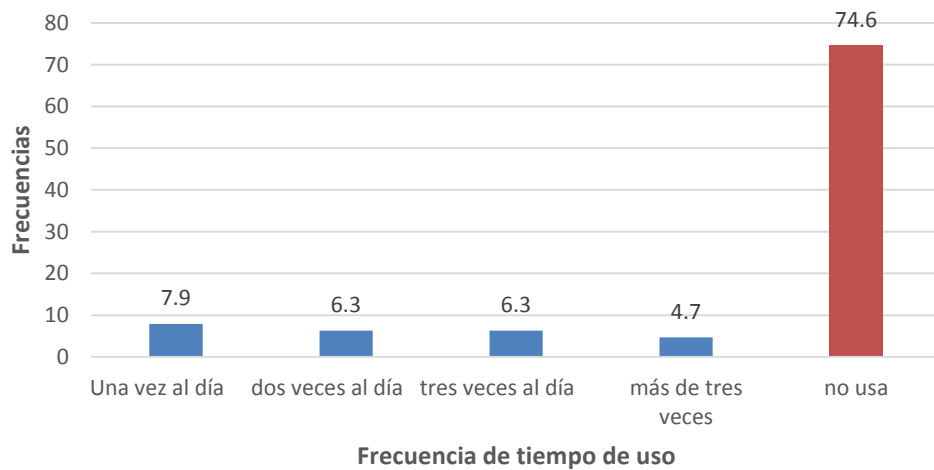
En cuanto al hábito de succión digital que presentó la población de estudio el 85, 71 (54) no se encontró succión digital y labial.

Grafico 5. Habito de uso de biberón presente en la población de estudio. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019 n= 63.



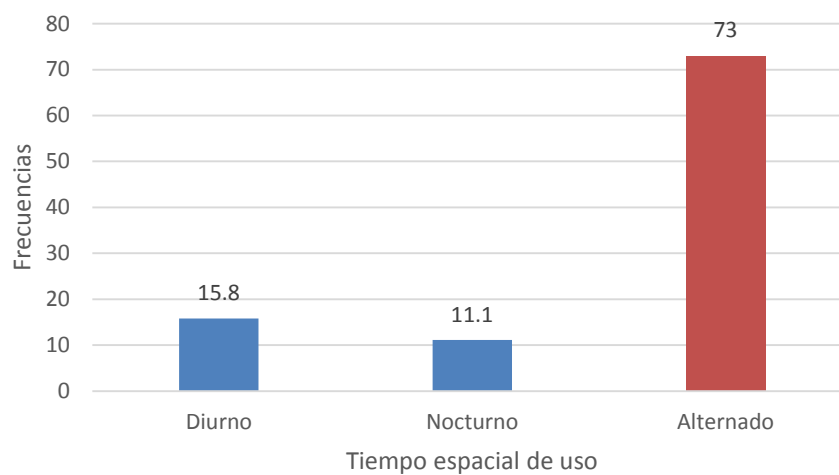
En cuanto al hábito de uso de biberón en la población de estudio el 84, 1 (53) si presentó uso de biberón.

Grafico 6. Frecuencia de tiempo del uso de biberón. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019 n=63.



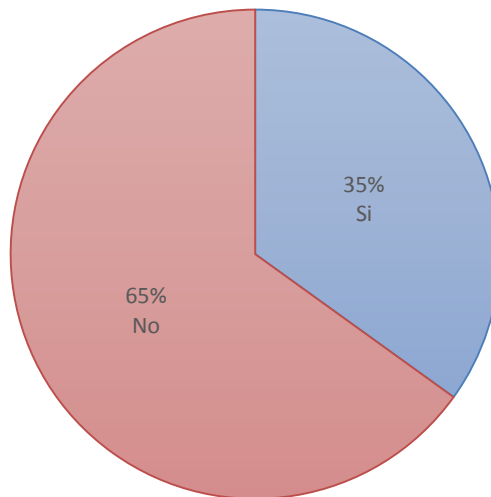
En cuanto a la frecuencia de tiempo del uso de biberón el 74, 6 (47) no usó o usó menos de una vez al día.

Grafico 7. Tiempo espacial del uso. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019. n=63.



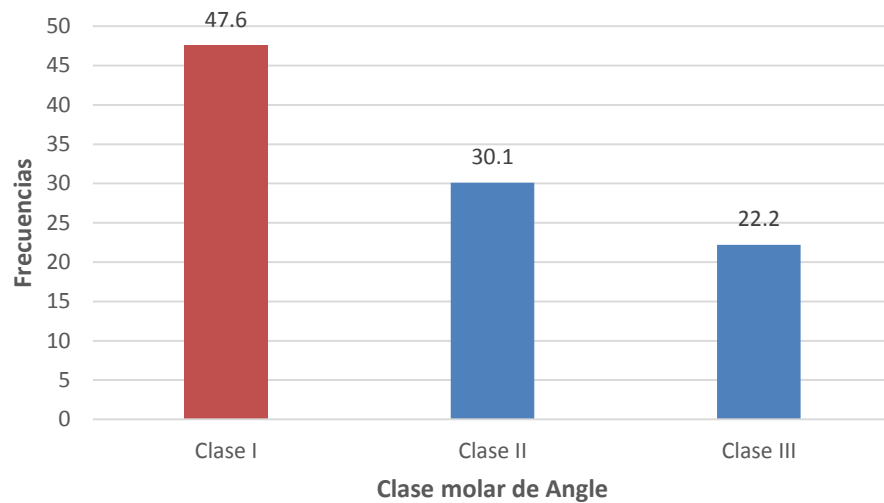
En cuanto al tiempo espacial del uso el 73, 00 (46) usó de forma alternado.

Grafico 8. Hábito de morderse las uñas (onicofagia). Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019. n=63.



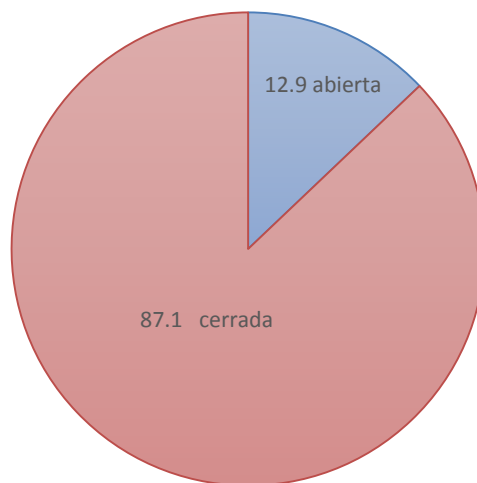
Los sujetos de estudio en un 65 (41) no presentó signos de onicofagia o morderse las uñas.

Grafico 9. Clase molar de Angle presente en la población. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019. n= 63.



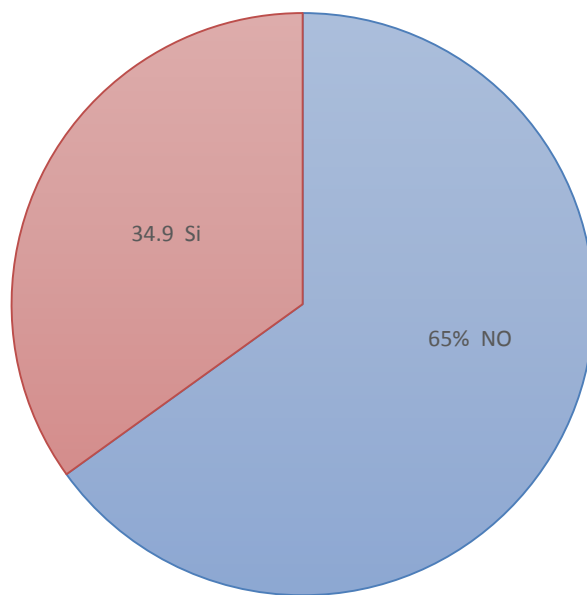
La clase molar de Angle que fue observada en los sujetos del estudio el 47,6 (30) se correspondió a la Clase molar I.

Grafico 10. Tipo de mordida presente en la población de estudio. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019. n=63.



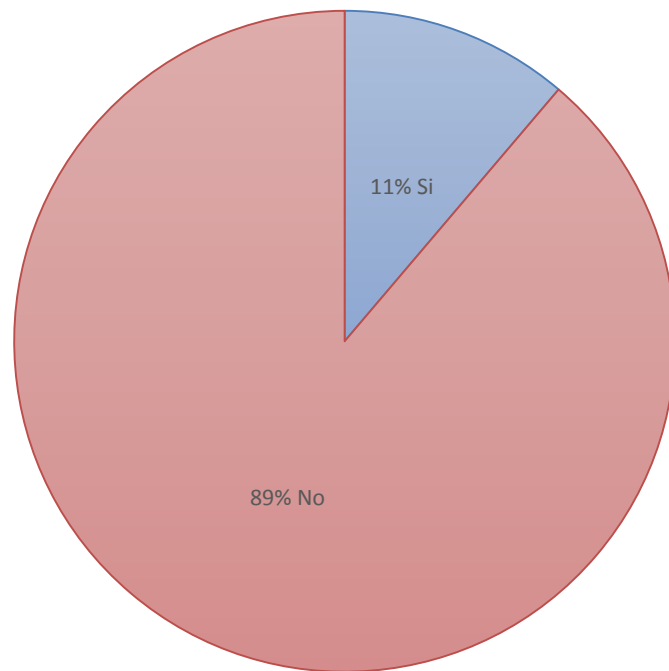
La mordida que presentaron los sujetos de estudio el 87 (54) correspondió a la del tipo cerrada.

Grafico 11. Apiñamiento dentario presente en la población de estudio. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019. n= 63.



En los sujetos de estudio 65 (41) no se observó apiñamiento dentario alguno.

Grafico 12. Presencia de atresia maxilar en la población de estudio. Determinar la relacion entre hábitos deletereos y la mal oclusion en niños pre escolares de tres instituciones educativas de Cnel Oviedo, año 2019 n=63.



En los sujetos de estudio el 89 (55) no presentaron atresia maxilar.

5. DISCUSIÓN.

En un estudio realizado por Serra-Negra, Vargas Dodalto Ramos-Jorge. Hábitos bucales en niños. 2012 se encontró que existe en un porcentaje de 59.2% (167 casos) presentó relación en cuanto a la atresia maxilar y la succión digital (15). En cambio, en esta investigación se encontró que el 94,37 (50 de los casos) no presentaron atresia maxilar de los que, si realizaban succión digital, esto puede deberse a la muestra pequeña que contó este estudio.

En cuanto a los hábitos presentes en la población se encontró en un estudio realizado por Johnson García, Lema Álvarez. Hábitos orales comunes. Que el hábito de succión digital fue el de mayor frecuencia con un 62.14% ya que se tomaron el hábito de succión digital, succión labial y alimentación no nutritiva (13). Por otro lado, en esta investigación se encontró al hábito de uso de biberón en la población de estudio el 84, 1 (53 de los casos) en comparación con el hábito de succión digital y labial, uso de biberón y morderse las uñas.

En un estudio realizado por Johnson García, Lema Álvarez. Hábitos orales comunes, se encontró que en un 53,84% de la población de estudio presento que la clase de angle más frecuente fue la clase I molar de angle (12). Al igual que este estudio donde la clase más frecuente en un 47, 6% fue la clase I molar de angle.

En cuanto al tipo de mal oclusión en un estudio realizado por García, Navas. Hábitos Orales. México 2012 la prevalencia de mordida abierta fue en un 22% (25). En comparación con este estudio la prevalencia fue de 12, 9% presentando tipo de mordida cerrada mayor en la población de estudio

6. CONCLUSIONES

El hábito deletéreo presente en la población de estudio se encontró que un poco más de la mitad no presentaron hábitos de succión digital y labial; en cuanto al hábitos del uso de biberón más de la mitad de si usa biberón, y un poco más de la mitad de la población no presenta onicofagia o el hábito de morderse las uñas.

En cuanto a la determinación de la clase molar se encontró que un poco menos de la mitad de la población presentó clase I molar de Angle.

La determinación del tipo de mal oclusión se encontró que un poco más de la mitad de la población presento tipo de mordida cerrada; un cuatro más de la mitad no presenta apiñamiento dentario y más de la mitad de la población no presenta atresia maxilar.

En cuanto a la relación del tipo de hábito y mal oclusión se encontró asociación estadísticamente significativa entre el apiñamiento dental y la succión digital como también entre la succión digital y la atresia maxilar.

7. RECOMENDACIONES

Tener en cuenta esta línea de investigación como fuente de consulta para otros estudios sobre los hábitos deletéreos existentes y la mal oclusión ya que en este estudio se analizaron tres tipos de hábitos y tres tipos de mal oclusión, contextualizando el problema en el área de estudio.

La información sobre hábitos y su relación con la maloclusión es primordial para elaborar e implementar Programas de prevención e intervención temprana.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Chamorro AF, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L, Triana FE, Valencia C. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Colombia : Rev. CES Odont 2012; , 2012.
2. Morales-Chávez MC, Stabile-Del Vechio RM. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones: estudio transversal. Caracas. Venezuela : Univ Odontol, 2014 Jul-Dic.
3. Páez Torres DC, Reyes Suárez Y, Pérez Acosta O, Espasandin Gonzalez k. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Vicia Revista de Ciencias Médicas de La Habana, 2015.
4. Reyes Romagosa DE, Saborit Quesada AD, Paneque Gamboa MR, Diz Suárez GDC, Morgado Lastres Y. Influencia del tipo y tiempo de lactancia materna en la aparición de los hábitos deformantes. Universidad de Ciencia. Revista Cubana de Estomatología, 2017.
5. Águila, F. Tratado de Ortodoncia teoría y práctica Tomos I y II. Médicos Odontológicos Latinoamericana C,A, 2009.
6. Ferreira Veillini F. ortodoncia, Diagnostico y planificación clínica. s.l.: Artes Medica latinoamericana, 2002. 236.
7. Canut, J.A. Ortodoncia Clínica. arcelona: Masson-Salvat Odontología; : 1ª. ed, 1992.
8. Betancourt O. Estudio epidemiológico de las maloclusiones en dos zonas rurales venezolanas. Trabajo de ascenso. Caracas : Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela, 2010.

9. Quiros O. Manual de Ortopedia Funcional de los maxilares y Ortodoncia Interceptiva. Caracas Venezuela: 1ª. ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 2015.
10. Avalos González GM, Paz Cristóbal AN. Caracas: Revista Tamé, 2014.
11. Proffit W. Ortodoncia teoría y práctica. Mosby: 4ta Edi. St. Louis, Misuri, 2005.
12. Johnson García N, Lema Álvarez MC. Hábitos orales comunes: revisión. Andrea Ocampo Parra, Res. Ortod.1 Colombia: Rev. Nac. Odontol. , 2013.
13. Aguilar M. Relación entre hábitos nocivos y mal oclusiones en una muestra de 525 pacientes de ortodoncia. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatria., 2011.
14. D., Cárdenas. Fundamentos de odontología pediátrica. Bogotá: 2da ed., 2000.
15. Serra-Negra JM, Vargas Dodalto EC, Ramos-Jorge ML. Hábitos bucales en niños. Bolivia: Revista de Actualización Clínica Investiga, 2012.
16. Bigenzahn W. Disfunciones orofaciales en la infancia. Diagnóstico terapia miofuncional y logopedia. Madrid España: Ars Médica, 2009.
17. Quirós, O. Bases Biomecánicas y Aplicaciones Clínicas en Ortodoncia Interceptiva. Caracas. : Actualidades Medicas Odontológicas Latinoamericana, C.A., 2009.
18. Planas P. Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO). Barcelona, España: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A 2da Edición, 2010.
19. Barrientos KA. . Prevalencia de los Habitros Orales y su asociacion con anomalias dentomaxilares en niños de 3 a 6 años. concepcion-Chile:

- Universidad Andres Bello Facultad de Odontologia Direccion de Investigacion, 2016.
20. Agurto V., Díaz M., Cádiz D. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Chile: Rev. chil. pediatr, 2010.
 21. Herrero C. Anomalías dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonoarticulatorias en la población endogámica del archipiélago de Juan Fernández. Chile: Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 2014.
 22. Almandoz C. Clasificación de Mal Oclusiones. Lima: Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2011.
 23. Labranque C, Contreras C, Espinoza R. Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares en una Población Escolar de 5 a 6 Años, de la Comuna de Isla de Maipo. Chile: Revista dental de Chile, 2012.
 24. Asensi C. Maloclusiones Transversales. En: Canut J. Ortodoncia Clínica y terapéutica. España: 2ª edición, 2000. 465-494.
 25. Garcia G, Navas C. Hábitos Orales. Mexico: Fundación Valle del Lili, 2012.
 26. O'leary TJ. Oral Hygiene agents and procedures. págs. 41-54 2012.

ANEXOS

Consentimiento informado

Hábitos de letreos relacionados con la maloclusión en niños pre escolares en tres escuelas de la ciudad de Cnel. Oviedo. Año 2019

Yo..... padre, madre o tutor doy mi autorización a la Srta. Martha Beatriz Recalde Ruiz Díaz, estudiante de la Facultad de Odontología UNCA, de forma desinteresada y como una contribución al apoyo a las actividades de investigación para que se le realice la inspección clínica a mi hijo (a) para determinar Hábitos de letreos relacionados con la maloclusión. Los fines de estos procedimientos son únicamente académico –científicos, por lo cual autorizo la difusión de los registros gráficos en diversos ámbitos científicos.

.....

Firma del padre, madre o tutor

I. Datos sociodemográficos

Edad.....

sexo.....

Zona residente.....

II. Hábitos.

1. ¿Se chupa los dedos o labios? (en caso de que la respuesta sea no saltar al 2)

Sí No

2. ¿Utiliza biberón? ? (en caso de que la respuesta sea no saltar al 3)

Sí No

- a. ¿Cuántas veces?

Una vez al día dos veces al día tres veces al día más de tres veces

- b. Diurno nocturno

3. ¿Se come o muerde las uñas?

Sí No

Ficha N°

1. Tipo molar.

Clase 1

Clase 2

Clase 3

2. Maloclusion.

a. Mordida abierta Mordida cerrada

b. Apiñamiento anterior apiñamiento posterior

c. Atresia maxilar si no



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
 Creada por Ley N° 3198 del 4 de Mayo de 2007
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 "Santo Tomás de Aquino"



Misión: "Formar profesionales altamente competentes en la práctica odontológica con formación técnico-científica, humanística y de gestión, comprometidos con el desarrollo de la salud bucodental de la región y del país."

Nota FO Nro. 507/2019

Coronel Oviedo, 10 de setiembre de 2019

Prof. Gladys Franco de Bogado
Escuela Básica N° 5049
Priv. Sub. Santa Clara
Presente

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en representación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Caaguazú primeramente para presentarle cordial saludo.

La presente es a los efectos de solicitar su autorización para que la estudiante de esta casa de estudios, Universitaria Martha Recalde, pueda realizar la recolección de datos en el marco de la elaboración de Trabajo Final de Grado titulado "Hábitos deletéreos relacionados con la maloclusión en niños pre escolares en tres escuelas de Coronel Oviedo año 2019".

Esperando una respuesta favorable, me despido deseándole éxito en sus funciones.

Atentamente,



[Handwritten Signature]
Dra. María Gloria Martínez Blanco
Decana



Visión: "Ser una institución que se constituya en respuesta a las necesidades en el área de la salud bucodental a nivel regional, nacional e internacional, con una formación técnica-científica, humanística con alto sentido de responsabilidad y sensibilidad social."

Fabián Ojeda c/ Lidia Peralta de Benítez.
Banco: José María Alfonso Godoy, Coronel Oviedo - Paraguay.
Secretaría General: +595(521) 200.838.
Dirección Académica: +595(521) 204.241.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
 Creada por Ley N° 3198 del 4 de Mayo de 2007
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 "Santo Tomás de Aquino"



Misión: "Formar profesionales altamente competentes en la práctica odontológica con formación técnico-científica, humanística y de gestión, comprometidos con el desarrollo de la salud bucodental de la región y del país."

Nota FO Nro. 506/2019

Coronel Oviedo, 10 de setiembre de 2019

Prof. Venancio Acosta, Director
Escuela Básica N° 2831
Don Pantaleón Monges González
Presente

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en representación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Caaguazú primeramente para presentarle cordial saludo.

La presente es a los efectos de solicitar su autorización para que la estudiante de esta casa de estudios, Universitaria Martha Recalde, pueda realizar la recolección de datos en el marco de la elaboración de Trabajo Final de Grado titulado "Hábitos deletéreos relacionados con la maloclusión en niños pre escolares en tres escuelas de Coronel Oviedo año 2019".

Esperando una respuesta favorable, me despido deseándole éxito en sus funciones.

Atentamente,



[Handwritten Signature]
Dra. María Gloria Martínez Blanco
 Decana



Recibido por
[Handwritten Signature]
Lic. Venancio Acosta Rojas
 Director
 Matrícula Doc. N° 30459

Visión: "Ser una institución que se constituya en respuesta a las necesidades en el área de la salud bucodental a nivel regional, nacional e internacional, con una formación técnica-científica, humanística con alto sentido de responsabilidad y sensibilidad social."

Fabán Ojeda / Lidia Parra de Benítez
 Barrio: José María Alfonso Godoy, Coronel Oviedo - Paraguay.
 Secretaría General: +595(521) 200.838



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
 Creada por Ley N° 3198 del 4 de Mayo de 2007
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 "Santo Tomás de Aquino"



Misión: "Formar profesionales altamente competentes en la práctica odontológica con formación técnico-científica, humanística y de gestión, comprometidos con el desarrollo de la salud bucodental de la región y del país."

Nota FO Nro. 508/2019

Coronel Oviedo, 10 de setiembre de 2019

Prof. Aurora Gamarra
Escuela Básica 6029
Priv. Sub. El Amanecer
Presente

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en representación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Caaguazú primeramente para presentarle cordial saludo.

La presente es a los efectos de solicitar su autorización para que la estudiante de esta casa de estudios, Universitaria Martha Recalde, pueda realizar la recolección de datos en el marco de la elaboración de Trabajo Final de Grado titulado "Hábitos deletéreos relacionados con la maloclusión en niños pre escolares en tres escuelas de Coronel Oviedo año 2019".

Esperando una respuesta favorable, me despido deseándole éxito en sus funciones.

Atentamente,



[Handwritten Signature]
Dra. María Gloria Martínez-Bianco
Decana

CENTRO EDUCATIVO "EL AMANECER"
MESA DE ENTRADA

Objeto: *Nota autoriz. Realiz. Tes.*

Fecha: *18 / 09 / 19* Hora: *17:00* h

Recibido Por: *Martine Lopez*

0521-201455

Visión: "Ser una institución que se constituya en respuesta a las necesidades en el área de la salud bucodental a nivel regional, nacional e internacional, con una formación técnica-científica, humanística con alto sentido de responsabilidad y sensibilidad social."

Fabián Cjeda c/ Lidia Perilla de Benítez.
 Barrio: José María Alfonso Godoy, Coronel Oviedo - Paraguay.
 Secretaría General: +595(521) 200.838.
 Dirección Académica: +595(521) 204.241.





