



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**TÍTULO:
ALTERACIONES BUCOMAXILOFACIALES ASOCIADAS A HÁBITOS
ORALES, ESCOLARES DE 6-7 AÑOS ZONA URBANA Y MARGINAL
GUAYAQUIL 2014**

**AUTORA:
VAN ISSCHOT TREVIÑO CARLA GABRIELA**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
ODONTÓLOGA**

**TUTORA:
TERREROS DE HUC MARIA ANGÉLICA**

**Guayaquil, Ecuador
2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **van Isschot Treviño Carla Gabriela**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Odontóloga**.

TUTORA

Dra. María Angélica Terreros de Huc

REVISORES

Dr. Yuli Moncayo de Ycaza

Dr. Astrid Daher

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dr. Juan Carlos Gallardo Bastidas

Guayaquil, a los 28 días del mes de mayo del año 2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Carla Gabriela van Isschot Treviño**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación "**Alteraciones bucomaxilofaciales asociadas a hábitos orales, escolares de 6-7 años zona urbana y marginal Guayaquil 2014**" previa a la obtención del Título **de Odontóloga**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 28 días del mes de mayo del año 2014

LA AUTORA

Carla Gabriela van Isschot Treviño



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACION

Yo, **Carla Gabriela van Isschot Treviño**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: "**Alteraciones bucomaxilofaciales asociadas a hábitos orales, escolares de 6-7 años zona urbana y marginal Guayaquil 2014**" cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 días del mes de mayo del año 2014

LA AUTORA:

Carla Gabriela van Isschot Treviño

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Ma Angélica Terreros de Huc, por guiarme durante todo el desarrollo de mi tesis.

Al Dr. Giaffar Barquett, por ser parte de la parte estadística y revisor de mi tesis.

Al Ing. Ángel Catagua, por ayudarme con la parte estadística de mi Tesis.

A la Dra. Yuli Moncayo de Ycaza, por revisar y corregir mi tesis.

CARLA GABRIELA VAN ISSCHOT TREVIÑO

DEDICATORIA

A mis Profesores que han sido parte de todo el proceso de mi aprendizaje y formación universitaria, exigiéndonos siempre un poco más para ser mejores.

A mi familia por el apoyo constante.

A Dios por siempre estar ahí.

CARLA GABRIELA VAN ISSCHOT TREVIÑO

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

MARIA ANGÉLICA TERREROS DE HUC

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

MARÍA ANGÉLICA TERREROS DE HUC

ÍNDICE GENERAL

Certificación	
Declaración de Responsabilidad	
Autorización	
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Tribunal de Sustentación.....	vii
Calificación.....	viii
Índice General.....	ix
Índice de Cuadros.....	xii
Índice de Gráficos.....	xiv
Abstract.....	xvi
1. Introducción	1
1.1. Objetivos	1
1.1.1 Objetivo General	1
1.1.2 Objetivo Específico	1
1.2. Hipótesis	1
1.3. Variables	2
1.4. Justificación	6
2. Marco Teórico	7
2.1 Generalidades	7
2.2 Hábitos	7
2.2.1 Concepto de Hábitos	7
2.3 Hábitos como factor de riesgo de maloclusiones	7
2.4 Clasificación etiológica de los hábitos	8

2.5 Desequilibrio Muscular	8
2.6 Hábito de Succión Digital	9
2.6.1 Generalidades	9
2.6.2 Tipos de Hábito de Succión	11
2.6.3 Efectos bucales	11
2.6.4 Tratamiento	12
2.7 Hábito de Deglución Atípica	13
2.7.1 Generalidades	13
2.7.2 Etiología	14
2.7.3 Diagnóstico	15
2.7.4 Tratamiento	16
2.8 Hábito de Interposición Lingual	16
2.8.1 Generalidades	16
2.8.2 Causas	17
2.8.3 Efectos a nivel Maxilar y Mandibular	18
2.8.4 Tratamiento	19
2.9 Hábito de Respiración Oral	20
2.9.1 Generalidades	20
2.9.2 Etiología	20
2.9.3 Efectos del Hábito de Respiración Bucal	21
2.9.4 Clasificación de los Respiradores Bucales	23
2.9.5 Características Faciales y Dentarias	23
2.9.6 Tratamiento	24
3. Metodología	25
3.1. Materiales	25
3.1.1. Lugar de Investigación	25
3.1.2. Período de Investigación	25
3.1.3. Recursos empleados	25
3.1.3.1. Recursos Humanos	25
3.1.3.2. Recursos Físicos	25
3.1.4. Universo	25

3.1.5. Muestra	26
3.2. Métodos	26
3.2.1. Tipo de Investigación	26
3.2.2. Diseño de Investigación	26
3.2.2.1 Procedimientos	26
4. Resultados	28
5. Conclusiones y Recomendaciones	47
5.1. Conclusiones	47
5.2. Recomendaciones	48
6. Bibliografía	49

ÍNDICE DE TABLAS

CUADRO N.1.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DEL UNIVERSO DEL GRUPO DE ESTUDIO POR EDAD.	28
CUADRO N.2.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DEL UNIVERSO DEL GRUPO DE ESTUDIO POR GÉNERO.	29
CUADRO N.3.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DIFERENCIAS DENTALES QUE GENERAN LOS HáBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.	31
CUADRO N.4.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ANOMALÍAS DENTOSQUELETALES QUE GENERAN LOS HáBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.	32
CUADRO N.5.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DISFUNCIONES MUSCULARES QUE GENERAN LOS HáBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.	34
CUADRO N.6.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CARACTERÍSTICAS SECUNDARIAS QUE GENERAN LOS HáBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.	36
CUADRO N.7.- DISTRIBUCIÓN DE LOS HáBITOS MÁS FRECUENTES EN EL ESTUDIO.	37
CUADRO N.8.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DEL HáBITO DE SUCCIÓN DIGITAL POR EDAD.	39
CUADRO N.9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DEL HáBITO DE RESPIRACIÓN ORAL POR EDAD.	40
CUADRO N.10.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DEL HáBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL POR EDAD.	41

CUADRO N.11.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA POR EDAD.	42
CUADRO N.12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA.	43
CUADRO N.13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL.	42
CUADRO N.14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE RESPIRACIÓN ORAL.	45
CUADRO N.15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL.	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N.1.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE LA FRECUENCIA DEL UNIVERSO DEL GRUPO DE ESTUDIO POR EDAD.	28
GRÁFICO N.2.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE LA FRECUENCIA DEL UNIVERSO DEL GRUPO DE ESTUDIO POR GÉNERO.	29
GRÁFICO N.3.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE DIFERENCIAS DENTALES QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.	31
GRÁFICO N.4.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE ANOMALÍAS DENTOSQUELETALES QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.	32
GRÁFICO N.5.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE DISFUNCIONES MUSCULARES QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.	34
GRÁFICO N.6.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE LAS CARACTERÍSTICAS SECUNDARIAS QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.	35
GRÁFICO N.7.1.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE LOS HÁBITOS MÁS FRECUENTES EN EL ESTUDIO DE 6 AÑOS.	37
GRÁFICO N.7.2.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE LOS HÁBITOS MÁS FRECUENTES EN EL ESTUDIO DE 7 AÑOS.	38
GRÁFICO N.8.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL POR EDAD.	39
GRÁFICO N.9.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE RESPIRACIÓN ORAL POR EDAD.	40

GRÁFICO N.10.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL POR EDAD.	41
GRÁFICO N.11.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA POR EDAD.	42
GRÁFICO N.12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA.	43
GRÁFICO N.13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL.	44
GRÁFICO N.14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE RESPIRACIÓN ORAL.	46
GRÁFICO N.15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL.	47

RESUMEN (ABSTRACT)

Resumen

La maloclusión es una interacción de factores que influyen en el crecimiento y desarrollo del ser humano, los distintos hábitos orales producen alteraciones en el aparato estomatognático que afectan, estética, funcional y psíquicamente al niño. Los objetivos de este estudio son evaluar la prevalencia de pacientes de 6 y 7 años portadores de distintas disfunciones orales, características bucomaxilofaciales, alteraciones morfofisiológicas y necesidad del tratamiento. Materiales y Métodos.- Este estudio se realizó con 300 niños de las escuelas Santa Luisa de Marillac y Nuevo Mundo; entre ellos 265 niñas y 35 niños. Se obtuvo toda la información mediante registros clínicos con las protecciones debidas y cuestionarios. Se trata de un estudio clínico de tipo analítico descriptivo transversal. Resultados.- 300 niños entre ellos 136 de 6 años y 164 de 7 años, se encontró como hábito más prevalente la Interposición Lingual con 132 (44,00%), seguido de la Deglución Atípica con 108 (36,00%), luego Succión Digital 44 (14,67%) y Respiración Oral 35 (11,67%). Conclusión.- Los Hábitos Orales se asocian con el desarrollo de alteraciones maxilofaciales en el caso de no ser detectadas y tratadas a tiempo. En el presente estudio el hábito más prevalente que obtuvimos fue el de Interposición Lingual. Y sus alteraciones más prevalentes fueron: Incisivos inferiores apiñados, Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema, retroinclinación de incisivos inferiores, Paladar Ojival, Estrechamiento de la arcada superior, Mordida abierta anterior, Lengua en posición atípica ubicada entre los dientes, Lengua en posición atípica ubicada en piso de cavidad bucal, Gingivitis y Resequedad.

Palabras clave: Maloclusión, respiración oral, deglución atípica, succión digital, interposición lingual, alteraciones maxilofaciales, alteraciones, hábitos.

Summary

Malocclusion is an interplay of factors that influence growth and human development, oral habits produce different alterations affecting the oral cavity, esthetic, functional and psychologically to the child. The objectives of this study are to assess the prevalence of patients of 6 and 7 years carriers of various oral dysfunctions, maxillofacial features morphophysiological alterations and need for treatment. . Materials and methods - This study was conducted with 300 schoolchildren Santa Luisa de Marillac and Nuevo Mundo; including 265 girls and 35 boys. All information was obtained by medical records with appropriate protections and questionnaires. This is a descriptive cross-sectional study of clinical analytic. Results - . Including 300 children, 136 of 6 years and 164 age 7, was found as the most prevalent habit lingual thrust with 132 (44.00 %) , followed by Atypical swallowing 108 (36.00%), then Digital suction 44 (14.67 %) and Oral Breathing 35 (11.67%) . Conclusion - . Oral Habits are associated with the development of maxillofacial alterations if not detected and treated early. In the present study the most prevalent habit we got was the Interposer Lingual. And their most prevalent disorders were huddled lower incisors , protrusion of upper incisors with or without diastema , recumbent lower incisors , palate Ojival , Narrowing of the upper arch , anterior open bite , tongue in atypical position located between the teeth, tongue in position atypical floor located in oral cavity, gingivitis and dryness .

Key words: Malocclusion, oral breathing, atypical swallowing, thumb sucking, tongue thrusting, maxillofacial alterations habits.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo General

Evaluar las características de las alteraciones bucomaxilofaciales asociados en pacientes portadores de hábitos orales.

1.1.2. Objetivo Específico

1. Introducir la frecuencia con la que se generan los hábitos orales en las edades y género establecido.
2. Establecer diferencias esqueléticas y dentoalveolares que generan los hábitos orales.
3. Identificar los hábitos más comunes que se presentan en este estudio.
4. Nombrar la frecuencia con las que se dan cada uno de los distintos hábitos.

1.2. Hipótesis

Los hábitos orales y disfunciones neuromusculares asociadas constituyen factor de riesgo para el desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales.

1.3. Variables

DENOMINACIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES
VARIABLE DEPENDIENTE	Anomalías Dentomaxilofaciales: Alteraciones dentales, maxilares o faciales		
VARIABLE INDEPENDIENTE	Hábitos Orales: Constituyen unas de las principales causas de alteraciones producidas en los órganos y musculatura oro-facial.	Frecuencia: Número de repeticiones de cualquier fenómeno o suceso periódico.	Día Noche Previo a la alimentación
		Intensidad: Depende de de la fuerza con la que el cuerpo sonoro sea ejecutado.	Se escucha No se escucha
		Duración: Por cuánto tiempo se realiza.	Minutos Horas Mientras duerme
		Posición Digital: Dirección en la que se ubica los dedos implicados.	Hacia arriba Hacia Abajo Hacia un lado
		Número de dedos implicados.	1 2
		Patrón Morfogenético: Crecimiento del complejo cráneo-facial.	Tendencia Dolicofacial Tendencia Braquifacial

		Protrusión de incisivos superiores con o sin diastemas: inclinación aumentada de los incisivos superiores en relación con el plano	SI	NO
		Retroinclinación de los incisivos Inferiores: Inclinación lingualizada de los incisivos inferiores.	SI	NO
		Incisivos inferiores apiñados: Se encuentran mal alineados, aplastados y montados unos sobre los otros.	SI	NO
		Mordida abierta anterior: Mordida vertical incompleta.	SI	NO
		Prognatismo alveolar superior: Deformación de el maxilar superior que sobresale el plano vertical.	SI	NO
		Estrechamiento de la arcada superior: Paladar angosto.	SI	NO
		Mordida cruzada unilateral: Cuando los dientes superiores ocluyen por dentro de los inferiores en un solo lado de la oclusión.	SI	NO
		Mordida cruzada bilateral: Cuando los dientes superiores ocluyen por dentro de los inferiores	SI	NO

		en ambos lados de la oclusión.	
		Labio superior corto e hipotónico: al no participar en la deglución se vuelve flácido y débil.	SI NO
		Labio inferior hipertónico: Al ser el único que participa en la deglución se vuelve mas fuerte y grande.	SI NO
		Hipertonicidad de la borla de mentón: Al estar siempre trabajando se vuelve mas grande y fuerte.	SI NO
		Incompetencia labial: Cuando los labios no logran un sellado.	SI NO
		Resequedad: Sequedad bucal	SI NO
		Ojeras: Alteración del color de la piel, en la zona debajo de los ojos.	SI NO
		Depresión malar: Depresión del Pómulo	SI NO
		Tercio inferior aumentado: Cuando el tercio inferior de la cara es mayor al tercio medio y superior.	SI NO
		Un paladar ojival, forma de V o U.	SI NO
		Gingivitis: Inflamación de las encías.	SI NO

		Elevación de la base de la nariz: (observación frontal de las narinas, que serán estrechas)	SI	NO
		Maxilar superior protruído: Cuando el maxilar superior por detrás del plano vertical.	SI	NO
		Retrusión mandibular: Cuando la mandíbula se encuentra por detrás del plano vertical.	SI	NO
		Posición normal del maxilar	SI	NO
		Lengua en posición atípica, ubicándose en el piso de la cavidad bucal.	SI	NO
		Lengua en posición atípica, ubicándose entre los dientes.	SI	NO
		Mala fonación: Problemas para el habla.	SI	NO
	Succión Digital: Es el hábito en el que persiste la succión del dedo en la boca.		SI	NO
	Respiración Bucal: Cuando el niño en vez de usar la nariz para respirar lo hace por la boca.		SI	NO
	Interposición Lingual: Cuando el niño para hablar o		SI	NO

	para tragar coloca la lengua entre los dientes anteriores.		
	Deglución Atípica: El hábito en el que el niño coloca la lengua entre los dientes para tragar.		SI NO
VARIABLE INTERVINIENTE	Edad: Tiempo transcurrido desde el tiempo de un ser vivo		6 7
	Sexo: Características morfológicas de género.		F M

1.4. Justificación

Es conveniente realizar esta investigación porque los hábitos bucales no fisiológicos son considerados uno de los principales factores etiológicos influyentes y causantes de distintas alteraciones estructurales dentomaxilofaciales y maloclusiones, pudiendo cambiar y alterar el crecimiento normal del sistema estomatognático y una repercusión según la edad en la que se ha iniciado el hábito. Además queremos poder establecer las razones etiológicas por las que se dan los hábitos, como prevenirlos, de qué manera tratarlos y corregirlos, que tipos de cambios bucomaxilofaciales desencadenan. Para que se logre mediante la difusión de medidas preventivas controlar los distintos hábitos orales no fisiológicos que se pueden presentar y evitar las maloclusiones como mordidas abiertas, mordidas cruzadas, malposiciones dentarias, giroversiones, entre otras.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades

En la actualidad la calidad de vida y expectativa del ser humano han aumentado, por esa razón hoy en día todos los odontólogos tenemos una mentalidad más conservadora y preventiva con respecto a las enfermedades bucodentales que aparecen. Entre estas enfermedades bucodentales tenemos a los hábitos orales.¹¹

2.2 Concepto de Hábito

Estos son considerados una disposición permanente adquirida ya que el acto se realiza frecuentemente y repetidas veces por lo que actúan también los músculos y estos van a acompañar al hábito en el desarrollo de las distintas maloclusiones y alteraciones estructurales que se podrían generar. Estos en un comienzo se realizan de manera consciente y luego de inconsciente, considerados fisiológicos como la masticación, deglución y respiración normal estimulando el crecimiento normal de los maxilares, existiendo también aquellos no fisiológicos cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y maloclusiones entre los cuales tenemos a la interposición lingual, succión digital, respiración oral y deglución atípica .^{10, 13}

2.3 Hábitos como factores de riesgo de maloclusiones

Los malos hábitos pueden alterar el crecimiento normal craneofacial y dentomaxilar, llevando a un desequilibrio muscular que se originan cuando fuerzas externas e internas no realizan su presión normal, produciendo una deformación ósea.^{1, 2,5}

En algunos casos se incrementa las fuerzas que suelen estar ausentes, como lo son la interposición de objetos como el chupete, la presión del dedo en la

succión o más alteraciones que lleven a que el niño desarrolle problemas de distinto orden como el aprendizaje, psicológico, emocionales, entre otros.^{1,10}

2.4 CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LOS HÁBITOS:

1. Placenteros: Como lo son la Succión digital o el chupón.
2. Adquiridos: Pacientes de labio y paladar hendido como la fonación nasal.
3. Instintivos: Como lo son el hábito de succión, que hasta cierta edad es fisiológico y luego ya es considerado patológico pudiendo considerarse perjudicial para el niño.
4. Defensivos: En pacientes que presenten asma, rinitis alérgica, entre otros, en los casos en que la respiración oral se vuelve un hábito defensivo.
5. Imitativos: Muecas, gestos, etc.
6. Hereditarios: Puede ser debido a malformaciones congénitas de tipo hereditario, como por ejemplo: lengua bífida, inserciones cortas de frenillos linguales entre otros.¹⁰

2.5 Desequilibrio muscular

La función y la forma en Odontología deben siempre ir de la mano, ya que la oclusión que se logra al final del tratamiento en ortodoncia tiene que alcanzar un equilibrio muscular en el paciente.¹⁷

Los músculos que están situados alrededor de la cavidad bucal desempeñan un rol natural como la ortodoncia, los dientes alcanzan un alineamiento perfecto y las arcadas dentarias adquieren una forma correcta, el alineamiento y la forma se modifican separándose de lo normal. Por ese motivo es que al hablar de conceptos de oclusión no solamente hay que hablar de la relación dentaria sino también del comportamiento neuromuscular.^{17, 18}

Las prioridades durante el desarrollo y la dentición mixta requieren primero resolver la estructura seguido de la función, pues en sentido inverso sería imposible.¹⁷

Una conducta terapéutica racional debe considerar que la repetición de una conducta anormal como lo son los distintos hábitos como la succión digital, respiración o interposición lingual llega a establecerse en la forma de un patrón neuromuscular, enfoque que evitará muchos ejercicios inútilmente ensayados y pérdida de tiempo para el enfermo y para el tratante.¹⁸ Para algunos autores la acción de los músculos influye mucho sobre la forma que adquieren los arcos dentarios, a través de estudios en primates se ha demostrado que al haber modificaciones en la actividad muscular y en la función se ve alterada la oclusión.¹⁸

La deformación originada por malos hábitos van a depender de tres factores:

- a) El tiempo (minutos u horas.)
- b) La frecuencia (el número de veces al día.)
- c) La edad.

2.6 Hábito de Succión digital

2.6.1 Generalidades

La succión digital es conocida por ser un hábito muy usual y frecuente durante la niñez que llega a ser considerada normal, según estudios se ha encontrado que más del cincuenta por ciento (50%) de los niños lo presenten.⁴

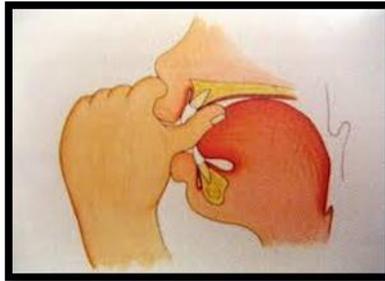


Figura 1. Succión Digital. Dra. Jaime Otero, año 2013.²⁹

La succión digital suele tener inicio a partir del nacimiento, y puede continuar hasta los cuatro años de edad o más. Llegando a considerarse como un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño. El tiempo que dura el hábito es importante y si el hábito se detiene y corrige antes de los tres años de edad los efectos y cambios dentoalveolares van a ser mínimos y se arreglan naturalmente. Muy importante también la frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche y la intensidad con la que se lo realice son factores que también van a afectar el resultado final. Los efectos pueden ser en menor cantidad en un niño que tenga el hábito de succión digital y lo realice de manera esporádica a otro que lo realice de manera continua.^{4,9}

Existen ciertos pacientes que durante la succión digital no muestra alteración alguna pero hay que aclarar que los efectos son consecuencias de la fuerza y la repetición con que se lo practica, pero su persistencia, acompañada de un patrón esquelético desfavorable y esto suele suceder cuando el hábito continúa y se mantiene a partir de los 4 o 5 años, ocasionando dificultades para el habla, problemas psicológicos, enfermedades infecciosas, deformaciones dentoalveolares, anomalías y alteraciones de la musculatura facial.^{2,4,9}

Los hábitos que se mantienen de manera prolongada son como resultado de contratiempos o frustraciones psicológicas provocadas por contratiempos ya

sea familiar o escolar. Hay una gran diversidad de maneras de realizar la succión digital entre esas la más común es la del dedo pulgar, ya sea colocado con la uña hacia arriba o abajo, dependiendo de la comodidad de cada uno, sin haber predilección por un mano en especial. En algunos casos, también puede haber casos de succión de dos o más dedos a la vez.⁵

Entre los factores que hay que analizar esta la intensidad con la que se realiza el hábito. Hay niños en los que el hábito puede estar acompañado de una contracción de toda la musculatura perioral así como también que se presente solo el hábito. La posición del dedo va a influir mucho, teniendo un efecto mayor sobre los dientes la superficie dorsal del dedo y por último, el resultado del hábito puede condicionar el patrón morfo genético del niño. Usualmente si el paciente presenta un patrón de crecimiento vertical mandibular, va a tener una tendencia a presentar mordida abierta y si se genera cualquier hábito este puede agravar la tendencia.^{5,9}

2.6.2 Tipos de succión Digital

Succión de varios dedos: En estos casos va a influir mucho que dedos exactamente son los usados, y va de la mano la intensidad de la succión, tiempo y duración.

Succión del dedo medio y anular: Cualquiera de estos dos dedos puede llevar a la protrusión de uno o más dientes, mordida abierta unilateral, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión del pulgar: Se dice que la succión del pulgar va a hacer que los músculos que se mantienen activos al momento de realizar el hábito van a crear un vacío en la boca. La mandíbula se va a deprimir por acción del pterigoideo externo. En cambio los músculos de los labios se van a contraer impidiendo el paso del aire.

Succión del dedo índice y medio: Se puede dar una protrusión de uno o más dientes y/o una mordida abierta.

Succión del dedo índice: Puede producir protrusión de uno o más incisivos o caninos y/o mordida abierta unilateral.^{10, 13}

2.6.3 Efectos orales del hábito de succión digital:

1. Protrusión de los dientes anterosuperiores.
2. Una mordida cruzada posterior ya sea uni o bilateral.
3. Retroinclinación o intrusión de los dientes anteroinferiores.
4. Una mordida abierta anterior.
5. Dimensión vertical aumentada.
6. Prognatismo alveolar superior.
7. Arcada superior atrésica o estrecha.¹⁰

2.6.4 Tratamiento de la Succión Digital

1. Aparatología fija o removible.
2. Terapia miofuncional.
3. Hablar con el niño sobre los daños que podrían provocar la persistencia del hábito y convencerlo a dejarlo o por que disminuya la frecuencia.¹⁰

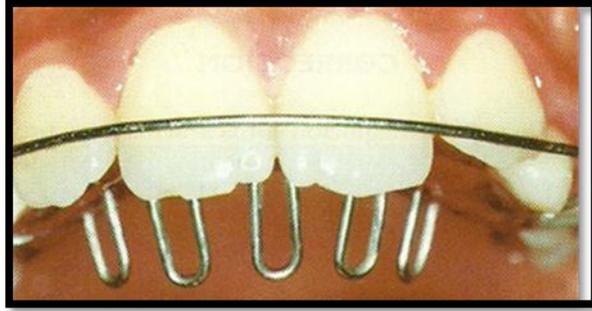


Figura 2. Tratamiento del hábito de Succión Digital. Dra. Carmen Lugo, año 2011.¹¹

2.7 Hábito de Deglución Atípica

2.7.1 Generalidades

Como explica la Dra. Lugo C. 2011¹¹, la Deglución Atípica se caracteriza por presentar la interposición de la lengua al momento de la deglución ya sea por ingerir alimentos sólidos o líquidos. Una persona que ya posee el hábito de deglutir de una manera atípica no logra el sellado labial sino que lo realiza con ayuda de la lengua al momento de protruirlo y así empujar el alimento hacia la faringe.

Entre los hábitos bucales, el Dr. Fuziy A. 2011¹³, junto a otros autores explica que la deglución atípica se realiza de manera muy frecuente por ese motivo es parte de la mayoría de maloclusiones.

Esta se origina ya que se ha desequilibrado el funcionamiento de los músculos y eso puede llevar a un agravamiento, instalación o recidiva de una maloclusión.^{14.18}

Desde edades muy tempranas el empuje lingual puede ser causa indirecta o directa de distintas anomalías dentomaxilo-faciales. Es aconsejable tratar los

hábitos linguales cuando empieza la erupción de la dentición, ya que el problema funcional si persiste va a agravar las maloclusiones.



Figura 3.Deglución Atípica. Dra. Helen Bucobo, año 2011.²⁸

Entre los hábitos orales el más deformante es la deglución atípica, que aparece en la población infantil.

Según la Dra. Agurto P. 2009¹⁴, se van a dar dos tipos de patrones de deglución que van a depender del tipo de alimentación que se tenga y esto va a determinar la posición que va a tener la lengua. Uno de estos patrones es el de deglución infantil que se caracteriza por ser a partir del nacimiento hasta la erupción de los dientes temporarios, período en el que la lengua va a adoptar una posición entre las arcadas dentarias ayudando así a la lactancia del bebé y luego un patrón de deglución adulta que se caracteriza por tener la presencia de la dentición permanente en el cual la lengua va a adoptar una posición nueva en la boca, contenida dentro de la cavidad oral, la cual se mantendrá durante el resto de la vida.^{14,18}

2.7.2 Etiología de la Deglución Atípica

- Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, entre otros.

- Presencia de un diastema interincisal grande y pérdida temprana de los dientes anteriores.
- Macroglosia.
- Alimentación prolongada por medio de tetero.
- Amígdalas hipertróficas.
- Una alimentación artificial mediante un biberón.
- Desequilibrio del control nervioso.
- Anquiloglosia.^{10,13}

2.7.3 Diagnóstico de la Deglución Atípica

Si la deglución atípica persiste luego de la erupción dentaria, es considerada anormal y se puede identificar de varias maneras:

- Se le pide al niño que trague y para empujar la saliva se ve donde coloca la lengua si en el paladar o entre las arcadas dentarias.
- También se le pide que trague y si al momento de hacerlo contrae los músculos de la mejilla haciendo una "mueca" o frunce los labios.
- Otro tipo de posición lingual se da en la fonación, que para hacerlas sonar correctamente la manera es colocarlas por detrás de los dientes superiores, pero en el niño con deglución infantil, se coloca entre las arcadas dentarias entre los incisivos superiores e inferiores. Sobre todo se da en la emisión de los fonemas D, T, S lo cual es incorrecto y da a la pronunciación un tono infantil. Hasta cierta edad se considera normal, luego es necesario enseñarle al niño a colocar la lengua en el lugar adecuado y así lograr mejor control de los movimientos finos de esta.^{21, 22}

Al darse inicio la fase deglutoria la lengua toma una nueva posición entre los incisivos, manteniendo contacto con el labio inferior.

1. Al momento de la deglución va a haber un adelantamiento de la lengua con la mandíbula abierta.
2. En los casos que hay adelantamientos alveolares grandes va a intervenir el labio inferior colocándose entre los incisivos inferiores y superiores ayudando al momento de la deglución y así poder cerrar la cavidad bucal en la parte anterior.
3. La deglución atípica se puede dar de dos maneras distintas ya sea por la interposición labial o lingual.²²

2.7.4 Tratamiento de la Deglución Atípica

La reeducación para la colocación adecuada de la lengua es mediante ejercicios de terapia miofuncional:

1. Utilización de aparatología física o movable.
2. Uso de dos bandas elásticas en el labio y uno más en la punta de la lengua.
3. Elástica en la punta de la lengua.²²

2.8 Hábito de Interposición Lingual

2.8.1 Generalidades

Este hábito se conoce como que es provocado a causa de la succión digital o también por amígdalas hipertróficas, y en realidad es solamente una proyección de la lengua hacia delante al momento de la deglución, ubicándola entre los dientes a nivel de incisivos o en el sector lateral posterior a nivel de molares.¹²

Los signos más frecuentes de la interposición lingual cuando hay empuje de la

lengua durante la deglución son la contracción de los músculos peribucales (mentoniano y orbicular de los labios), hiperactividad del buccinador, y deglutir sin haber contacto de los dientes como lo es normalmente requerido.¹⁴ En condiciones normales la punta de la lengua descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores ubicándose la lengua en el paladar por otro lado la lengua en estado de reposo, se va a colocar entre los dientes en manera inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios. Pudiendo causar una malposición dentaria y deformación del hueso.^{10, 13}

Se ha informado de que la prevalencia de empuje de la lengua disminuye con el aumento de la edad. Varios estudios epidemiológicos han informado de prevalencia de empuje de la lengua para ser 40-80% en los niños entre 4 y 6 años de edad y 3-25 % de niños entre 12 y 15 años de edad. Amplia variación en las tasas de prevalencia se debe a la utilización de diferentes definiciones de la interposición lingual.¹⁴

Al momento de la deglución la lengua va a ejercer presión sobre los dientes anteriores entre ellos y por lingual. Las deformaciones que se producen son:

- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. Se caracteriza por presentar una mordida cruzada posterior uni o bilateral, que es provocada por el desequilibrio muscular entre los músculos del carrillo y la lengua.
- Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua no solo se ubica entre los dientes anteriores sino que ejerce una presión vestibularizando los incisivos anteriores superiores e inferiores.
- Mordida abierta anterior: va a haber una presión en la zona anterior por eso la deglución va a darse con los dientes desocuidos y la lengua se mantiene en una posición que parece que va a ser mordida.²⁰

2.8.2 Causas del Hábito de Interposición Lingual

Hay muchas razones por la cual se puede originar una interposición lingual entre esas hay:

- Alimentación artificial inadecuada que fuerza al bebé a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.
- Problemas respiratorios, provocando dificultad al momento del sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares.
- La succión digital o del chupón, provocando el hábito para lograr el sellado anterior.
- Las alteraciones cerebrales dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas y la lengua.
- Pérdida prematura de los dientes temporales
- Existencia de amígdalas hipertrofiadas o inflamadas, que por movimiento reflejo la mandíbula desciende, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos durante los últimos fases de la deglución.
- Tratamiento ortodóntico, ya sea cuando este requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual, tal interposición puede ser temporal o permanente.
- Macroglosia
- Problemas psicológicos: la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.^{11,14}

2.8.3 Efectos de la Interposición Lingual

A nivel mandibular:

- Rotación posterior mandibular y aumento del ángulo goniaco que puede incluso sobrepasar los 140 grados.
- Disfunción mandibular.
- Incisivos inferiores lingualizados.^{11,14}

A nivel maxilar:

- Posicionamiento anterior de la lengua.
- Disminución del diámetro transversal del maxilar.
- Prognatismo maxilar.
- Formación de un diastema central.
- Vestíbuloversión de los incisivos superiores.
- Reabsorciones radiculares.^{11,14}

2.8.4 Tratamiento del Hábito de Interposición Lingual

- Con una placa Hawley removible superior, se coloca una rejilla anterior impidiendo el paso de la lengua entre los dientes.
- Aparte de impedir y reeducar la musculatura lingual, hay la opción de colocar un tornillo expansor para poder descruzar la mordida posterior.
- La muralla acrílica es uno de los más usados y presenta una barrera de acrílico detrás de los incisivos superiores.
- La mordida posterior también se puede tratar por medio de un bihélice o cuadihélice que se suelda a las bandas de los molares superiores por palatino.

- El paciente debe recibir orientación del profesional para que en cada deglución aprenda a colocar la punta de la lengua en el lugar señalado y lo haga costumbre.^{20,21,22}

2.9 Hábito de Respiración Oral

2.9.1 Generalidades

Es natural que el hombre respire por la nariz y se alimente por la boca. Si se rompe ese mecanismo fisiológico se puede ver afectado el desarrollo y crecimiento no sólo facial, sino general del niño. La respiración bucal llega a ser considerada normal cuando se realiza bajo esfuerzos físicos más altos de lo normal. Van a ocurrir una serie de efectos secundarios que se van a dar a partir de la respiración a través de la boca, empezando con la entrada de aire frío, cargado de impurezas, seco, deficiente y así va a actuar afectando a los músculos, maxilares, y el individuo de forma general.⁹ El paciente que padece un problema respiratorio va a necesitar buscar otras vías para poder respirar. Entre esas esta la boca al momento de tener una dificultad con la nariz, si esto sucede la lengua adopta una posición descendida para que el paso del aire sea más fácil y cómodo. El hueso es la sustancia más dura en el cuerpo humano con las características de ser extremadamente susceptibles a deformidades cuando se somete a fuerzas pequeñas ocasionando en el caso de la persistencia de un hábito alteraciones clínicas importantes.⁶

2.9.2 Etiología de la Respiración Oral

Puede darse por:

- Una hipertrofia idiopática de los cornetes.
- Las Adenoides Hipertróficas.
- Amigdalitis palatina.
- Pólipos Nasales.

- Bronquitis o asma.
- Inflamación de la mucosa ya sea por infecciones o alergias.
- Alergia.
- Desviación del tabique nasal.¹¹

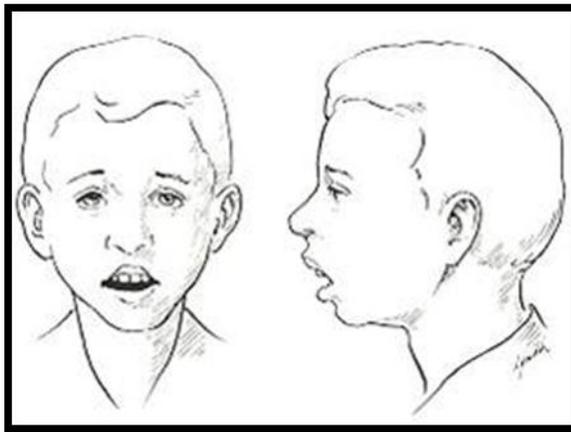


Figura 4.Características paciente Respirador Bucal Dra. Lugo C, 2003¹¹

2.9.3 Efectos del Hábito de Respiración Oral

Algunos niños muestran actitudes y conductas inadecuadas que afectan el normal desarrollo bucodental. Cuando los hábitos negativos se mantienen se dan casos graves de maloclusión que van a repercutir sobre la estética, función y psicológicamente al niño.⁴ La respiración bucal va a tener efectos inmediatos que consisten en el paso de aire seco, frío y lleno de polvo en la boca y la faringe. Se van a disminuir y en algunos casos perder las funciones de humidificación, calentamiento y filtrado del aire que entra por la nariz, con un incremento de la irritación de la mucosa, por ende la cantidad que oxígeno que llega a la sangre va a ser muy pobre.²

En el caso de que el paso del aire ocurra por vía nasal puede ser obstruido por rinitis alérgicas, desviación del tabique nasal, adenoides hiperplásicas, congestión nasal en gripes frecuentes o prolongadas y la falta de aseo nasal.^{2,4}

Se ha comprobado que hay una relación estrecha entre la respiración oral y maloclusiones dentro del campo de la ortodoncia, considerándose como un factor de riesgo en el desarrollo de éstas, así como de presentar maxilares más estrechos y cara alargada probablemente por obstrucción nasal secundaria a rinitis alérgica lo cual altera las corrientes y presiones de aire a través de las cavidades y la morfología facial causando un aumento de la presión intraoral (equilibrio muscular ejercido por la lengua, mejillas y labios sobre el arco maxilar) lo que empujaría al paladar hacia la cavidad nasal donde la presión sería menor que la normal.⁴ La respiración bucal ha llegado a ser considerada un mal hábito al momento de persistir luego de haber superado el problema de obstrucción nasal. La respiración bucal provoca varias alteraciones entre esas tenemos la alteración dentaria y de maxilares, predisposición a enfermedades respiratorias, alteración del cierre labial y corporales.⁴

García G. 2011¹⁹, en su artículo enfatiza que la respiración bucal es un hábito muy común en pacientes que se encuentran todavía en etapa de desarrollo, aunque la mayoría de los pacientes pueda respirar tranquilamente por la boca y la nariz, en el momento que se torna crónica la respiración se pueden dar muchos cambios tanto a nivel facial como de oclusión, lo que también se lo conoce como "facies adenoideas", que es caracterizada por presentar ojos caídos, ojeras, narinas pequeñas, cara alargada, nariz estrecha, labio superior corto e hipotrófico y labio inferior hipertrófico. Este hábito puede desencadenar problemas dentarios como lo son la hiperplasia gingival, mordida abierta, maxilar superior ojival, mordida cruzada posterior uni o bilateral. A pesar de la discusión entre diferentes autores sobre que, la respiración bucal no produce

cambios a nivel dentario y facial, la mayoría dice que si hay una relación entre las anomalías dento-esqueléticas y el hábito. Es importante que el odontólogo identifique a tiempo el hábito en los pacientes para así remitirlo a un otorrinolaringólogo y así tratar y resolver el problema.^{19, 3,5}

2.9.4 Clasificación de los Respiradores Bucales

Respiradores bucales verdaderos Pueden originarse como consecuencia de distintas causas como pueden ser: hiperlaxitud ligamentosa, obstrucciones funcionales, mal hábito respiratorio. Entre las de obstrucciones funcionales podemos encontrar: hipertrofia de cornetes, hipertrofia de adenoides, estenosis de coanas, alteraciones a nivel de las narinas, desviaciones septales, masas intranasales, hipertrofia de amígdalas, rinitis alérgica, procesos inflamatorios, pólipos, tumores, entre otros.

Respiradores bucales falsos Se les conoce así a los niños que tienden a mantener la boca abierta, aunque en realidad respiran por la nariz, algunos se caracterizan porque mantienen una protracción lingual al momento de hablar y en otros casos se aprecia la boca abierta con la lengua ubicada sobre el paladar duro, en los dos casos son niños que tienen la boca semiabierta; pero no pueden respirar por la boca ya que está obstruida la respiración por la boca.^{5, 19}

2.9.5 Características faciales y dentarias de la respiración bucal

- Labio inferior hipertónico
- Maxilar superior estrecho.
- Paladar alto u ojival

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga.
- Mordida cruzada posterior ya sea unilateral o bilateral con una mordida abierta anterior.
- Maxilar inferior Retruído.
- Labio superior hipotónico y corto.
- Vestibuloversión de incisivos superiores.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Incompetencia Labial.
- Perfil convexo.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.¹¹

2.9.6 Tratamiento del Hábito de Respiración Oral

Es básico y necesario que el niño escuche y sea parte de la importancia de la educación de la lengua y los posibles efectos que se pueden dar por la persistencia del hábito, y a sus madres así se lo puede eliminar de manera temprana y evitar maloclusiones.

- Primero que nada referir al paciente a un otorrinolaringólogo.
- Luego rehabilitar la musculatura mediante ejercicios que fortalezcan los músculos y por ende ayudar en el cierre de los labios.
- Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal.
- Dispositivos ortodónticos, aparato de disyunción.
- Interconsulta con otorrinolaringólogo y terapeuta de lenguaje para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.^{11,12}

3. METODOLOGÍA

3.1. Materiales

- Campos
- Guantes
- Mascarilla
- Gorro
- Espejos Intraorales
- Mandil
- Lápiz
- Hoja de Registro

3.1.1. Lugar de Investigación

Esta investigación se llevó a cabo en el área médica de las instituciones de las Escuelas Santa Luisa de Marillac y Nuevo Mundo.

3.1.2. Período de Investigación

Este estudio fue realizado desde Febrero 5 al 16 del 2014.

3.1.3. Recursos empleados

3.1.3.1 Recursos Humanos

Tutora: Dra. María Angélica Terreros de Huc.

Recurso Metodológico: Dra. María Angélica Terreros de Huc.

Asesor en Estadística: Ing. Ángel Catagua y el Dr. Giaffar Barquet

3.1.3.2 Recursos Físicos

Área médica de las instituciones de las Escuelas Santa Luisa de Marillac y Nuevo Mundo.

3.1.4 Universo

300 pacientes

3.1.5 Muestra

300 pacientes.

3.1.5.1 Criterios de Inclusión de la muestra:

Todos los pacientes entre 6 y 7 años de edad.

3.1.5.2 Criterios de Exclusión de la muestra:

Todos los pacientes que no están dentro de la edad establecida.

3.2 Métodos

3.2.1 Tipo de Investigación

Fue un estudio clínico de tipo transversal realizado en 300 niños de las escuelas Santa Luisa de Marillac y Nuevo Mundo.

3.2.2 Diseño de Investigación

Fue un estudio de tipo analítico y descriptivo donde se observó las distintas alteraciones bucomaxilofaciales que se generaron por los distintos tipos de hábitos orales.

3.2.2.1 Procedimientos

1. Se pidió autorización en las distintas escuelas para proceder a realizar la investigación.
2. Una vez autorizada la investigación, se coordinó la fecha con los Directores de las instituciones para la realización de la misma.
3. Se envió una carta con el consentimiento informado a los representantes de los niños de 6 y 7 años de edad, en la que se explicó detalladamente los procedimientos que se iban a realizar durante la investigación.

4. Se procedió a realizar el estudio descriptivo de tipo transversal en el consultorio médico de dichas instituciones.
5. Se examinó la cavidad oral de cada niño usando un kit básico de exploración que constaba de un espejo completamente esterilizado y empaquetado herméticamente, un par de guantes y un babero desechable, siempre cumpliendo con todas las normas de bioseguridad.
6. El operador constó de mandil, mascarilla, gafas, guantes, gorro.
7. Se registraron los resultados en los formularios.

4. RESULTADOS

4.1 Distribución de la frecuencia con la que se generan los hábitos orales por edad y género establecido.

Cuadro N.1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DEL UNIVERSO DEL GRUPO DE ESTUDIO POR EDAD.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
6	136	45,33%
7	164	54,67%
Total	300	100,00%

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, con distintas características maxilofaciales, se obtuvieron 136 pacientes de 6 años (45,33%) y 164 pacientes de 7 años (54,67%).

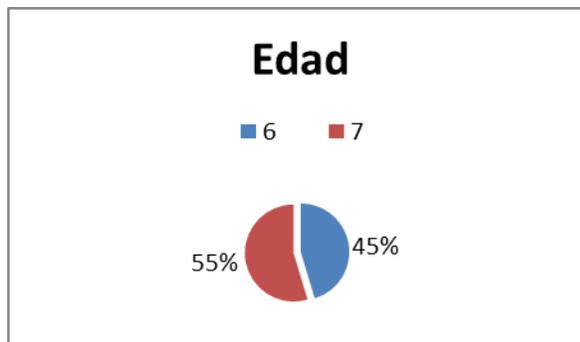


GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE LA FRECUENCIA DEL UNIVERSO DEL GRUPO DE ESTUDIO POR EDAD.

Cuadro N.2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DEL UNIVERSO DEL GRUPO DE ESTUDIO POR GÉNERO.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	265	88,33%
Masculino	35	11,67%
Total	300	100,00%

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, con distintas características maxilofaciales, se obtuvieron 265 pacientes de género femenino (88,33%) y 32 pacientes de género masculino (11,67%).

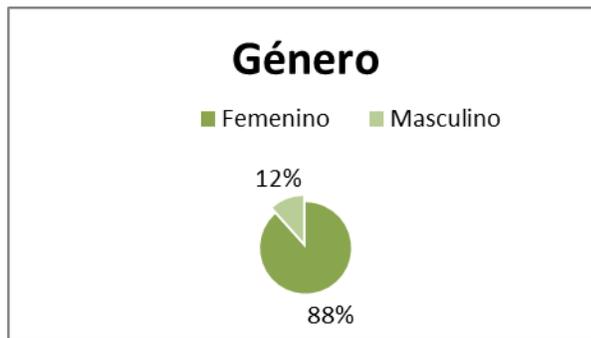


GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE LA FRECUENCIA DEL UNIVERSO DEL GRUPO DE ESTUDIO POR GÉNERO.

4.2 Distribución de las alteraciones maxilofaciales que generan los hábitos orales en el grupo de estudio.

CUADRO N.3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DIFERENCIAS DENTALES QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

Variables	Si	No	Total
Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema	118 (39.3%)	182 (60.6%)	300 (100%)
Retroinclinación de incisivos inferiores	72 (24%)	228 (76%)	300 (100%)
Incisivos inferiores apiñados	179 (59.6%)	121 (40.3%)	300 (100%)
Mordida cruzada unilateral	30 (10%)	270 (90%)	300 (100%)
Mordida cruzada bilateral	21 (7%)	279 (93%)	300 (100%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, se obtuvo como diferencias dental más prevalente los Incisivos inferiores apiñados con un (59.6%), seguido por Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema con (39.3%), luego una Retroinclinación de incisivos inferiores con (24%), Mordida cruzada unilateral (10%), Mordida cruzada bilateral con (7%).

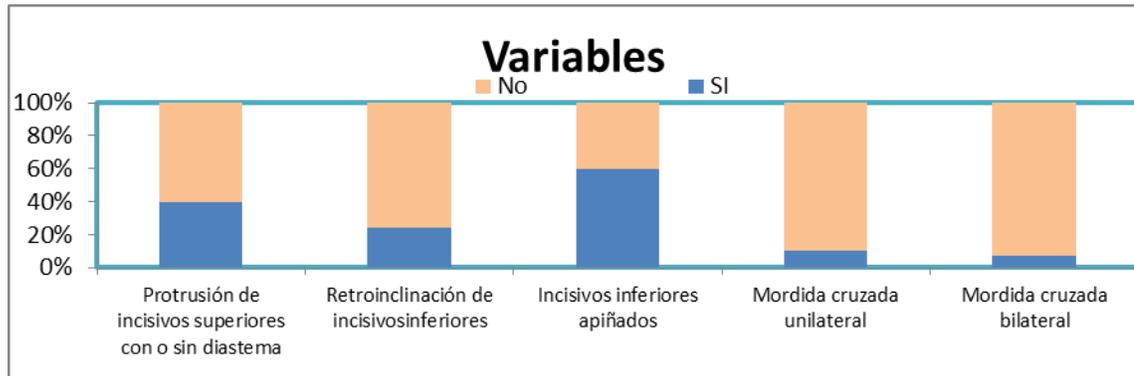


Gráfico 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE DIFERENCIAS DENTALES QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

CUADRO N.4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ANOMALÍAS DENTOSQUELETALES QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

Variables	Si	No	Total
Mordida abierta anterior	53 (17.6%)	247 (82.3%)	300 (100%)
Prognatismo alveolar superior	38 (12.6%)	262 (87.3%)	300 (100%)
Estrechamiento de la arcada superior	102 (34%)	198 (66%)	300 (100%)
Tercio inferior aumentado	2 (0.66%)	298 (99.3%)	300 (100%)
Paladar ojival	133 (44.3%)	167 (55.6%)	300 (100%)
Elevación de la base de la nariz	16 (5.33%)	284 (94.6%)	300 (100%)
Maxilar superior protruido	22 (7.33%)	278 (92.6%)	300 (100%)
Retrusión mandibular	35 (11.6%)	265 (88.3%)	300 (100%)
Posición normal del maxilar	250 (83.3%)	50 (16.6%)	300 (100%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, se obtuvo una prevalencia de la Posición normal del maxilar con un (83.3%) aunque encontramos también Paladar Ojival con (44.3%), seguido de Estrechamiento de la arcada superior con (34%), seguidos por Mordida abierta anterior (17.6%), Prognatismo alveolar superior (12.6%), Retrusión mandibular (11.6%), Maxilar superior protruido (7.33%), Elevación de la base de la nariz (5.33%), Tercio inferior aumentado (0.66%)

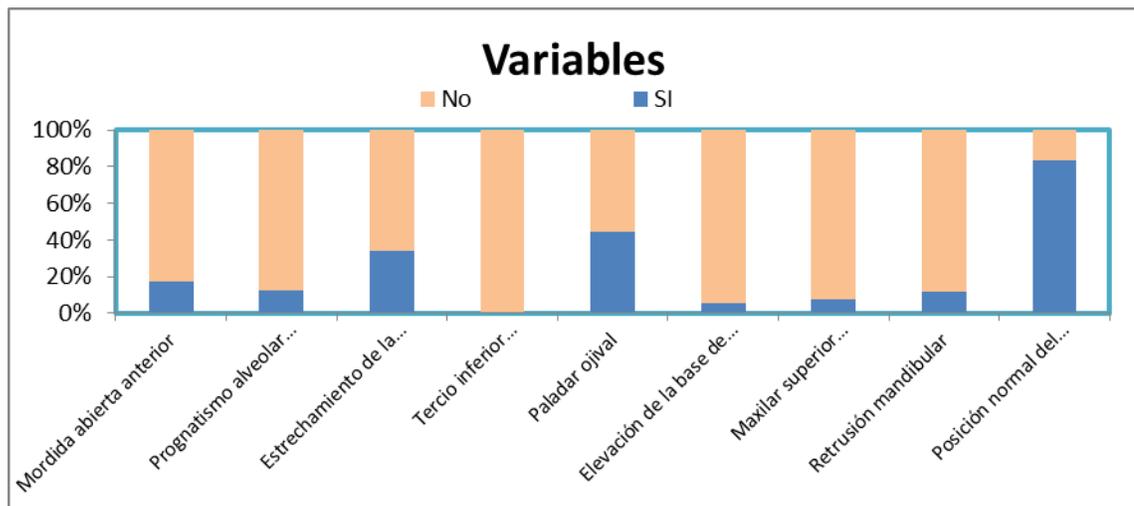


GRÁFICO 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ANOMALÍAS DENTOSQUELETALES QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

CUADRO N.5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DISFUNCIONES MUSCULARES QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

Variables	Si	No	Total
Labio superior corto e hipotónico	46 (15.3%)	254 (84.6%)	300 (100%)
Labio inferior hipertónico	47 (15.6%)	253 (84.3%)	300 (100%)
Hipertonicidad de la borla del mentón	48 (16%)	252 (84%)	300 (100%)
Incompetencia labial	57 (19%)	243 (81%)	300 (100%)
Lengua en posición atípica ubicada en piso de cavidad bucal	57 (19%)	243 (81%)	300 (100%)
Lengua en posición atípica ubicada entre los dientes	127 (42.3%)	173 (57.6%)	300 (100%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, se obtuvo con mayor prevalencia Lengua en posición atípica ubicada entre los dientes (42.3%), Lengua en posición atípica ubicada en piso de cavidad bucal (19%), Incompetencia labial (19%), Hipertonicidad de la borla del mentón (16%), Labio inferior hipertónico (15.6%), Labio superior corto e hipotónico (15.3%).

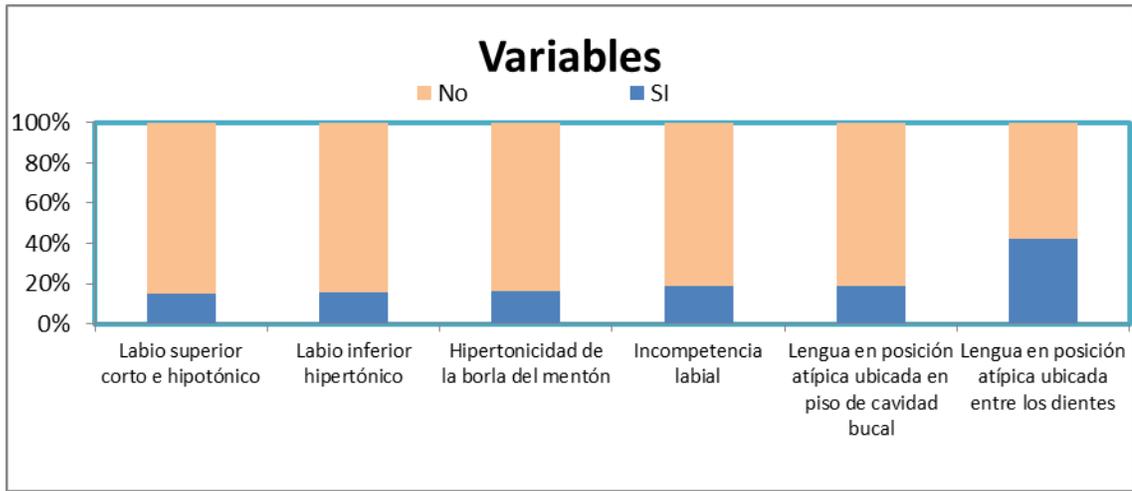


GRÁFICO N.5.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE DISFUNCIONES MUSCULARES QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

CUADRO N.6.- DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CARACTERÍSTICAS SECUNDARIAS QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

Variables	Si	No	Total
Resequedad	54 (18%)	246 (82%)	300 (100%)
Ojeras	41 (13.6%)	259 (86.3%)	300 (100%)
Depresión malar	26 (8.66%)	274 (91.3%)	300 (100%)
Gingivitis	193 (64.33%)	107 (35.67%)	300 (100%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, se obtuvo con más prevalencia la Gingivitis con (64.3%), seguido por Resequedad (18%), luego Ojeras (13.6%), Depresión malar (8.66%).

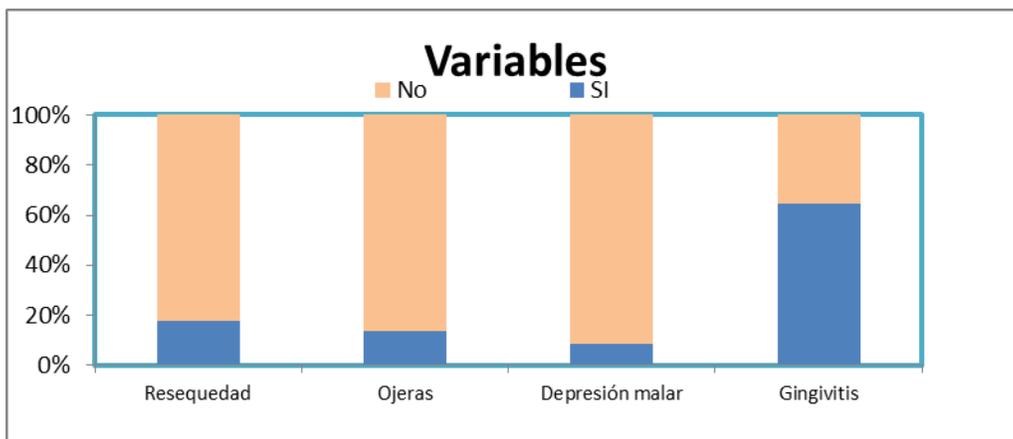


GRÁFICO N.6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE CARACTERÍSTICAS SECUNDARIAS QUE GENERAN LOS HÁBITOS ORALES EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

4.3 Distribución porcentual de los hábitos más frecuentes en el estudio.

CUADRO N.7 DISTRIBUCIÓN DE LOS HÁBITOS MÁS FRECUENTES EN EL ESTUDIO.

Hábitos Orales	6 años		7 años	
	Si	No	Si	No
Deglución Atípica	51 (37.2%)	86 (62.7%)	57 (34.7%)	107 (65.2%)
Interposición lingual	65 (47.4%)	72 (52.5%)	67 (40.8%)	97 (59.1%)
Respiración Oral	14 (10.2%)	123 (89.7%)	21 (12.8%)	143 (87.1%)
Succión Digital	20 (14.5%)	117 (85.4%)	24 (14.6%)	140 (85.3%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 de pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, obtuvimos como mas prevalente el hábito de Interposición Lingual 6 años 65(49%) y a los 7 años 67(50%), Deglución Atípica 6 años Si 51(47%) y a los 7 años Si 57(52%).. Respiración Oral a los 6 años Si 14(40%) y a los 7 años Si 21(60%), Succión Digital Si 44(14,67%).

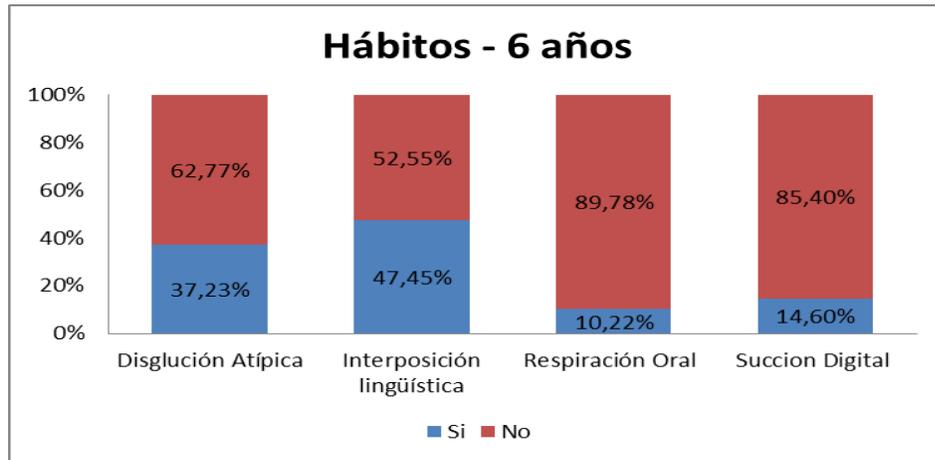


GRÁFICO N.7.1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE LOS HÁBITOS MÁS FRECUENTES EN EL ESTUDIO DE 6 AÑOS.

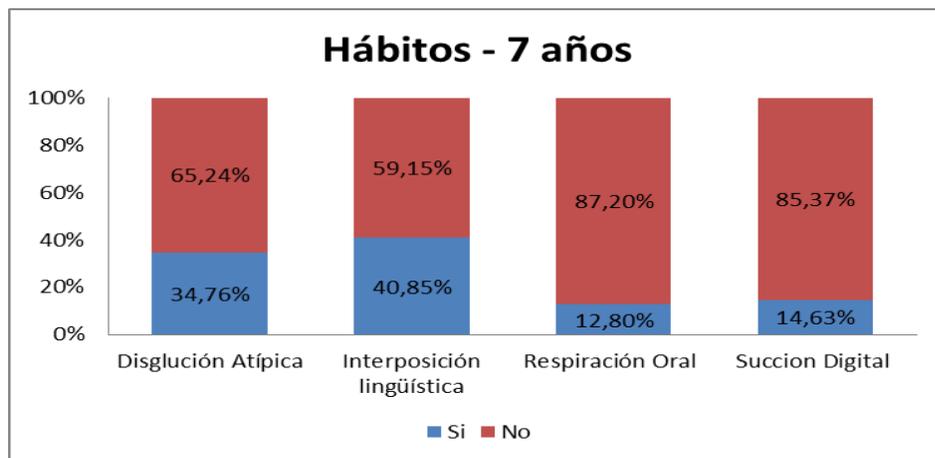


GRÁFICO N.7.2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA DE LOS HÁBITOS MÁS FRECUENTES EN EL ESTUDIO DE 7 AÑOS.

4.4.- Distribución porcentual por frecuencia de los hábitos orales que se presentan en este estudio.

CUADRO N.8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL POR EDAD.

Edad	Succión Digital		
	Si	No	Total
6	20 (45%)	117 (45%)	137 (45%)
7	24 (54%)	140 (54%)	164 (54%)
Total	44 (100%)	257 (100%)	301 (100%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 de pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, obtuvimos Succión Digital Si 44(14,67%), No 256(85,33%).

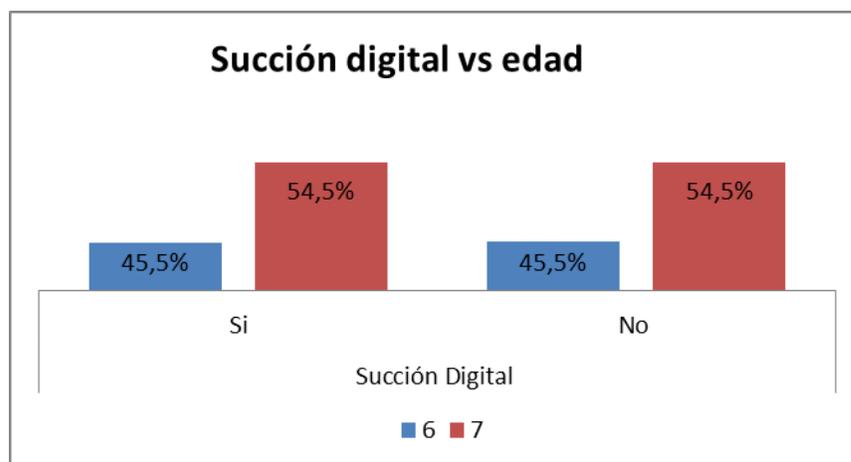


GRÁFICO N.8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL POR EDAD.

CUADRO N.9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DERESPIRACIÓN ORAL POR EDAD.

Edad	Respiración Oral			
	Si	No	Total	
6	14 (40%)	123 (46%)	137 (45%)	
7	21 (60%)	143 (53%)	164 (54%)	
Total	35 (100%)	266 (100%)	301 (100%)	

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 de pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, obtuvimos Respiración Oral a los 6 años Si 14(40%), No 123(46%) y a los 7 años Si 21(60%), No 143(53%) y un total de Si 35(11,67%), No 265(88,33%).

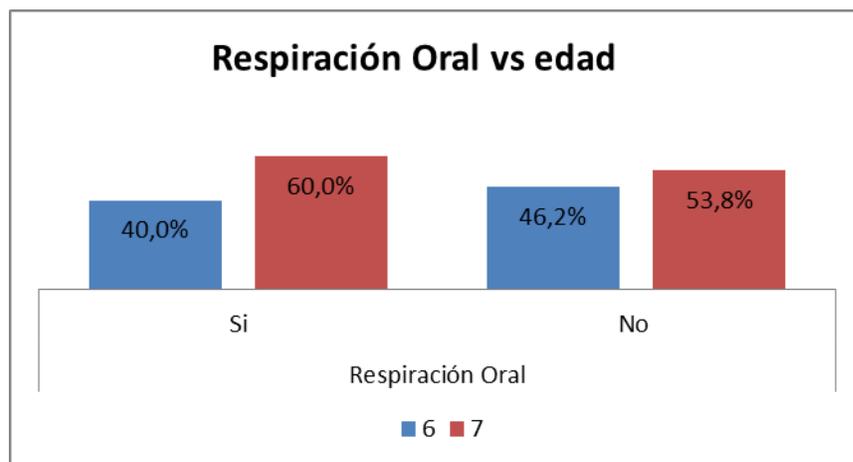


GRÁFICO N.9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE RESPIRACIÓN ORAL POR EDAD.

CUADRO N.10 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL POR EDAD.

Edad	Interposición lingual		
	Si	No	Total
6	65 (49%)	72 (42%)	137 (45%)
7	67 (50%)	97 (57%)	164 (54%)
Total	132 (100%)	169 (100%)	301 (100%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, obtuvimos Interposición Lingual 6 años Si 65(49%), No 72 (42%) y a los 7 años Si 67(50%), No 97(57%) y en total Si 132 (44,00%), No 168(56,00%).

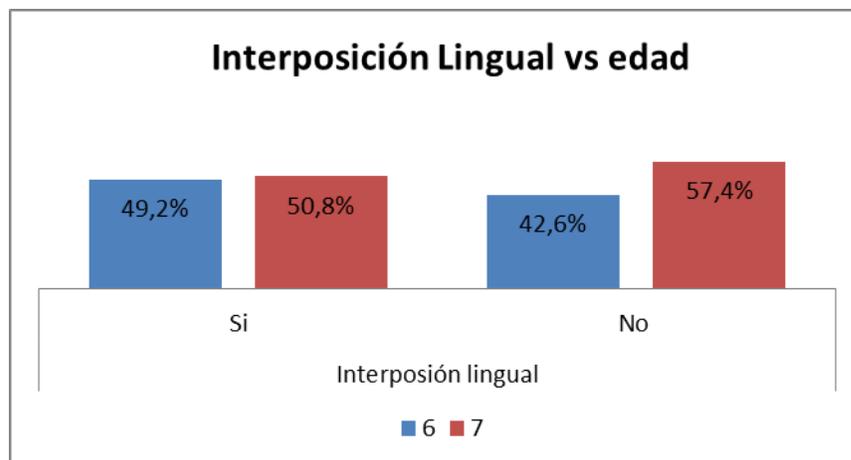


GRÁFICO N.10 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL POR EDAD.

CUADRO N.11 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA POR EDAD.

Edad	Deglución atípica		
	Si	No	Total
6	51 (47%)	86 (44%)	137 (45%)
7	57 (52%)	107 (55%)	164 (54%)
Total	108 (100%)	193 (100%)	301 (100%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, obtuvimos Deglución Atípica 6 años Si 51(47%), No 86(44%) y a los 7 años Si 57(52%), No 107(55%) y en total Si 108 (36,00%), No 192(64,00%).

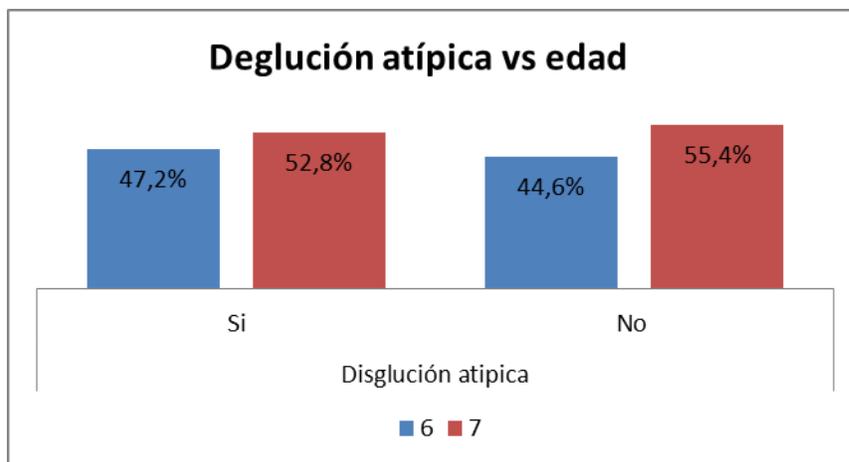


GRÁFICO N.11 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA DEL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA POR EDAD.

CUADRO N.12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA.

Variables	Deglución Atípica	
	Si	No
Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema	54 (50%)	54 (50%)
Incompetencia labial	24 (22.2%)	84 (77.7%)
Lengua en posición atípica ubicada entre los dientes	94 (87.0%)	14 (12.9%)
Labio superior corto e hipotónico	21 (19.4%)	87 (80.5%)
Mala Fonación	59 (54.6%)	49 (45.3%)
Paladar ojival	50 (46.2%)	58 (53.7%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema 54(50%), Incompetencia labial 24(22.2%), Lengua en posición atípica ubicada entre los dientes 94(87.0%), Labio superior corto e hipotónico 21(19.4%), Mala Fonación 59(54.6%), Paladar ojival 50(46.2%).

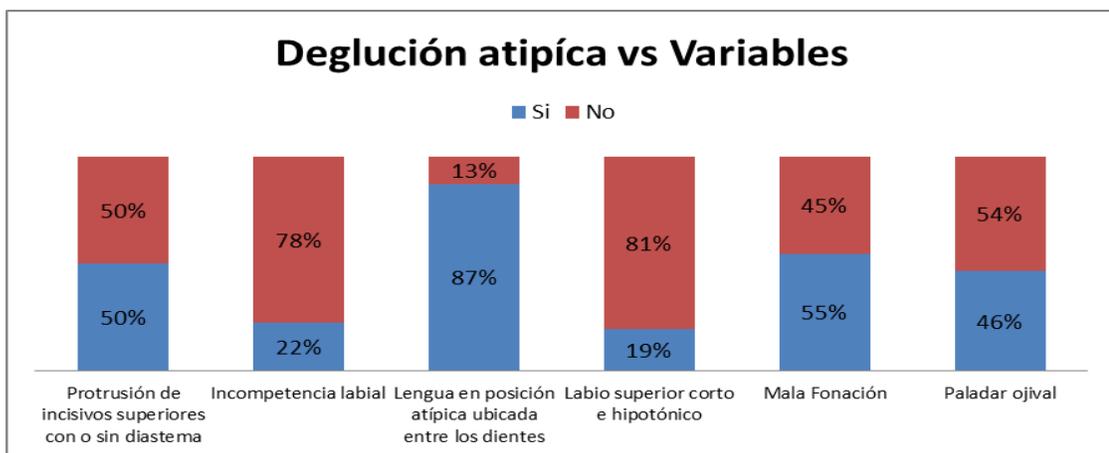


GRÁFICO N.12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ATÍPICA.

CUADRO N.13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL.

Variables	Interposición lingual	
	Si	No
Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema	59 (44.6%)	73 (55.3%)
Maxilar superior protruido	12 (9.09%)	120 (90.9%)
Paladar ojival	62 (46.9%)	70 (53.0%)
Lengua en posición atípica ubicada entre los dientes	119 (90.1%)	13 (9.84%)
Retroinclinación de incisivos inferiores	31 (23.4%)	101 (76.5%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema 59(44.6%), Maxilar superior protruido 12(9.09%), Paladar ojival 62 (46.9%), Lengua en posición atípica ubicada entre los dientes 119(90.1%), Retroinclinación de incisivos inferiores 31(23.4%).

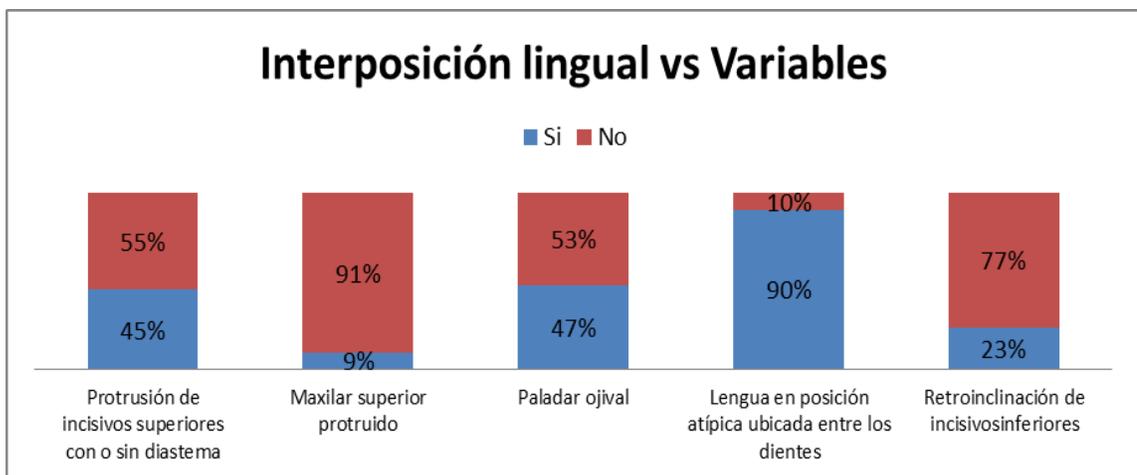


GRÁFICO N.13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL.

CUADRO N.14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE RESPIRACIÓN ORAL

Variables	Respiración Oral	
	Si	No
Mordida abierta anterior	37 (28.0%)	95 (71.9%)
Mordida cruzada unilateral	17 (12.8%)	115 (87.1%)
Mordida cruzada bilateral	13 (9.84%)	119 (90.1%)
Lengua en posición atípica ubicada en piso de cavidad bucal	50 (37.8%)	82 (62.1%)
Paladar ojival	62 (46.9%)	70 (53.0%)
Incisivos inferiores apiñados	85 (64.3%)	47 (35.6%)
Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema	59 (44.6%)	73 (55.3%)
Retroinclinación de incisivos inferiores	61 (37.6%)	101 (62.3%)
Gingivitis	90 (68.1%)	42 (31.8%)
Tercio inferior aumentado	2 (1.51%)	130 (98.4%)
Ojeras	24 (18.1%)	108 (81.8%)
Elevación de la base de la nariz	10 (7.57%)	122 (92.4%)
Incompetencia labial	35 (26.5%)	97 (73.4%)
Depresión malar	17 (12.8%)	115 (87.1%)
Labio superior corto e hipotónico	30 (22.7%)	102 (77.2%)
Labio inferior hipertónico	33 (25%)	99 (75%)
Hipertonicidad de la borla del mentón	31 (23.4%)	101 (76.5%)
Resequedad	34 (25.7%)	98 (74.2%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, Mordida abierta anterior 37 (28.0%), Mordida cruzada unilateral 17 (12.8%), Mordida cruzada bilateral 13 (9.84%), Lengua en posición atípica ubicada en piso de cavidad bucal 50 (37.8%), Paladar ojival 62 (46.9%), Incisivos inferiores apiñados 85 (64.3%), Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema 59 (44.6%), Retroinclinación de incisivos inferiores 61 (37.6%), Gingivitis 90 (68.1%), Tercio inferior aumentado 2(1.51%), Ojeras 24 (18.1%), Elevación de la base de la nariz 10 (7.57%), Incompetencia labial 35 (26.5%), Depresión malar 17 (12.8%), Labio superior corto e hipotónico 30

(22.7%), Labio inferior hipertónico 33 (25%), Hipertonicidad de la borla del mentón 31 (23.4%), Resequedad 34 (25.7%).

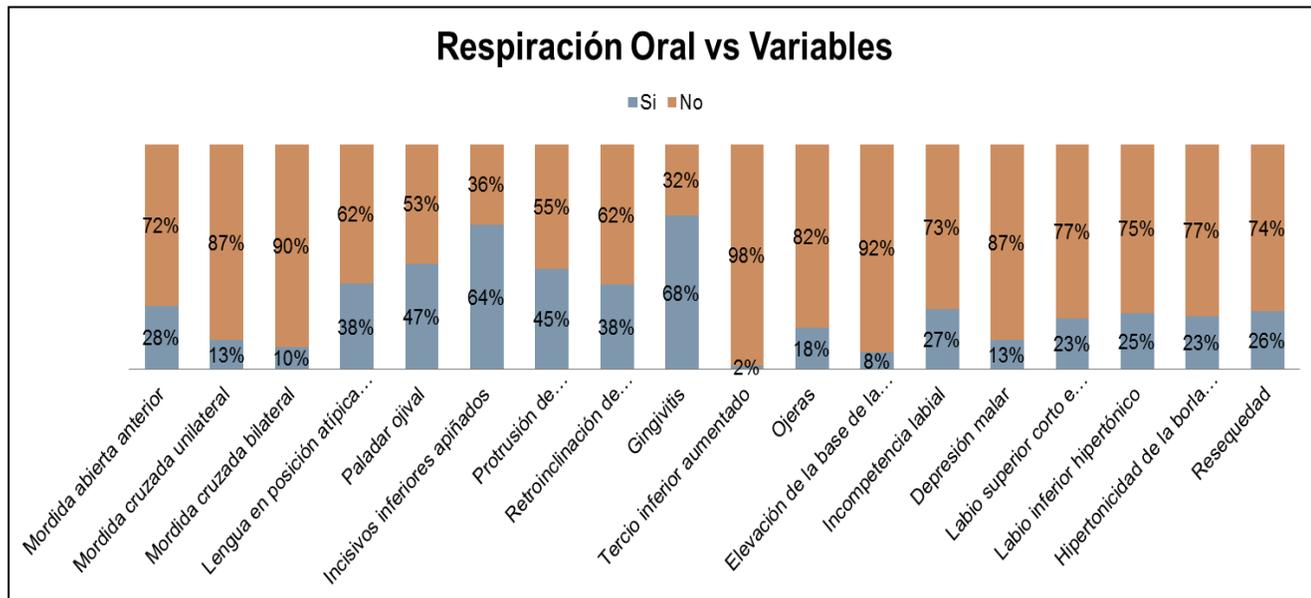


GRÁFICO N.14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE RESPIRACIÓN ORAL.

CUADRO N.15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL.

Variables	Succión Digital	
	Si	No
Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema	19 (43.1%)	25 (56.8%)
Incisivos inferiores apiñados	29 (65.9%)	15 (34.0%)
Mordida abierta anterior	6 (13.6%)	38 (86.3%)
Mordida cruzada unilateral	5 (11.3%)	39 (88.6%)
Mordida cruzada bilateral	4 (9.09%)	40 (90.9%)
Paladar ojival	22 (50%)	22 (50%)
Labio superior corto e hipotónico	9 (20.4%)	35 (79.5%)
Labio inferior hipertónico	9 (20.4%)	35 (79.5%)
Lengua en posición atípica ubicada en piso de cavidad bucal	27 (61.3%)	17 (38.6%)

Fuente: Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo.

Análisis y Discusión.- Para el presente estudio, de un universo de 300 pacientes de la Escuela Particular Santa Luisa de Marillac y Fundación Colegio Nuevo Mundo, Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema 19 (43.1%), Incisivos inferiores apiñados 29 (65.9%), Mordida abierta anterior 6 (13.6%), Mordida cruzada unilateral 5 (11.3%), Mordida cruzada bilateral 4 (9.09%), Paladar ojival 22 (50%), Labio superior corto e hipotónico 9 (20.4%), Lengua en posición atípica ubicada en piso de cavidad bucal 27 (61.3%).

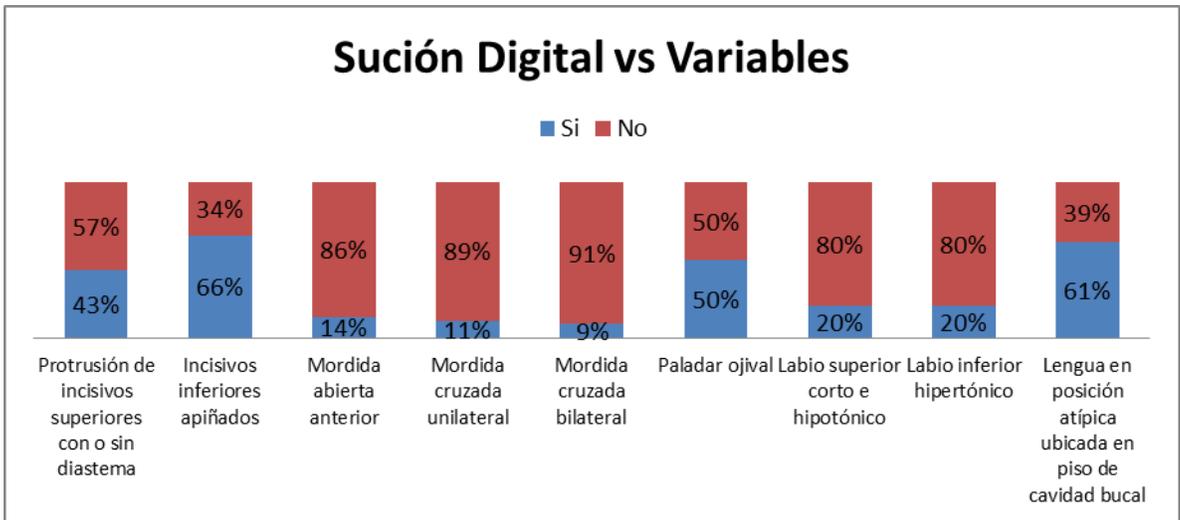


GRÁFICO N.15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRÁFICA POR FRECUENCIA LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN POR EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En este estudio se observó un discreto predominio de la frecuencia de hábitos orales en niños de 7 años que en la de 6 años. En cuanto al género obtuvimos más mujeres que hombres.
- Las anomalías dentales más frecuentes en los niños examinados fueron la Presencia de Incisivos Inferiores apiñados y la Protrusión de Incisivos Superiores con o sin Diastema y en las dentoesqueletales Paladar ojival y estrechamiento de la Arcada Superior.
- En esta investigación se encontró que hay una frecuencia casi a la par de los hábitos de Interposición Lingual y Deglución Atípica.
- Encontramos que las frecuencias con las que se presentaron los distintos hábitos fueron el más encontrado Interposición Lingual, luego Deglución Atípica seguido por Succión Digital y Respiración Oral es el menos frecuente.
- Las características bucomaxilofaciales que evaluamos en este estudio se daban según el hábito que presentaba el paciente entre esas son: Retroinclinación de incisivos inferiores, Protrusión de incisivos superiores con o sin diastema, Incisivos inferiores apiñados, Mordida abierta anterior, Prognatismo alveolar superior, Estrechamiento de la arcada superior, Tercio inferior aumentado, Paladar ojival, Mordida cruzada unilateral, Mordida cruzada bilateral, Elevación de la base de la nariz, Maxilar superior protruido

5.2 Recomendaciones

- Sería recomendable que se incremente la prevención y cuidado de la salud oral por parte del Ministerio de Salud Pública y Universidades.
- Que a nivel de educación preescolar, se difunda lo nocivo que pueden llegar a ser ciertos hábitos.
- Educación familiar a nivel particular y público.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. García García V.J, U. T. (2011). Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Avances en Odontoestomatología*, 13.
2. Dra. Lydia Barrios Felipe, 1. D. (2001). Hábito de Respiración Bucal en niños. *Revista Cubana Ortodoncia*, 7.
3. Shivakumar k., C. G. (2009). Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment needs among middle and high school children of Davangere city, India by using Dental Aesthetic Index. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 11.
4. María del Rayo Herrera Morales, *. M. (2009). Frecuencia de Respiración Oral en niños con Maloclusión. *Revista Odontológica Mexicana*, 8.
5. Uma B. Dixit, R. M. (2013). Comparison of soft-tissue, dental, and skeletal characteristics in children with and without tongue thrusting habit. *Contemporary Clinical Dentistry*, 6.
6. Garcia Flores Guillermo, F. A. (2007). RELACIÓN ENTRE LAS MALOCLUSIONES Y LA RESPIRACIÓN BUCAL EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS. *Revista Latinoamericana de Odontología*, 14.

7. Malhotra S, P. R. (2010). The effect of mouth breathing on dentofacial. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 6.
8. SINGH S. P.1, U. A. (2008). Distribution of malocclusion types among thumb suckers seeking orthodontic. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 5.
9. José E. Díaz Morell 1, M. M. (2005). La respiración bucal y su efecto sobre la morfología maxilofacial. *Clinica Estomatológica Docente*, 8.
10. Acosta, D. C. (1997). Hábitos deformantes en escolares primaria. *Revista Cubana de Ortodoncia*, 12.
11. Lugo C., T. I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones . *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* , 16.
12. Dr. Pedro Carlos Alemán Sánchez, 1. D. (2007). Hábitos Bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. *Revista Cubana de Estomatología*, 12.
13. Acacio, F. (2012). CARACTERISTICAS FACIALES Y OCLUSALES EN NIÑOS CON HÁBITOS BUCALES. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia*, 22.
14. Iyamu M., I. M. (2006). Prevalence and factors associated with anterior open bite in 2 to 5 year old children in Benin city, Nigeria. *Journal Ortodontic Dentofacial*, 9.

15. Ghafournia M., T. M. (2002). Relationship between Bruxism and Malocclusion among Preschool Children in Isfahan. *Journal of dentofacial problems*, 9.
16. José Eduardo Díaz Morell1, N. S. (2008). Disfunciones neuromusculares bucales en niños pertenecientes a la clínica estomatológica Docente. *Clínica Estomatológica Docente de Ortodoncia*, 9.
17. Pizarro C., H. R. (2009). Alteraciones neuromusculares buco-faciales. *Revista Mexicana* , 19.
18. Turgeon O'Brian H, L. D. (1996). Nutritive or non nutritive sucking habits. *Journal Dentistry in childrens*, 13.
19. Barber TK, B. H. (2009). Dental relationships in tongue-thrusting as affected by circumoral myofunctional exercise. *Journal American Dental Association*, 7.
20. Coutin2, D. C. (1997). Hábitos deformantes en escolares de primaria. *Revista Cubana de Ortodoncia*, 5.
21. Finn, S. B. (2002). Odontología Pediátrica. *Revista Latinoamericana de Odontopediatría*, 6.
22. Fletcher SG, C. R. (2005). Tongue-thrust, swallow, speech articulation, and age. *Journal of Speech and Hear Disorder*, 8.
23. Gonzáles M., G. G. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. . *Revista Argentina de Ortodoncia y Odontopediatría*, 10.

24. H, P. (1997). Abnormal habits on their relation to malocclusion and facial deformity. *Journal Orthodontics*, 7.
25. Hanson ML, B. L. (2001). Tongue-thrust in preschool children. *Journal of Orthodontics*, 9.
26. Jalaly T, A. F. (2010). Effect of tongue thrust swallowing on position of anterior teeth. *Journal of Dental Clinic Prospects*, 12.
27. Khinda V, G. N. (2005). Relationship of tongue-thrust swallowing and anterior open-bite with articulation disorders. *Journal of Indian Society Pedodontics and Preventive Dentistry*, 13.
28. Lowe AA, J. W. (2003). Tongue and jaw muscle activity in response to mandibular rotations in a sample of normal and anterior open-bite subjects. *Journal orthodontics*, 11.
29. ME., G. (2008). Digital sucking and tongue thrusting in children. *Dental Clinic North America*, 6.
30. Uma B., S. M. (2004). Comparison of soft-tissue, dental, and skeletal characteristics in children with and without tongue thrusting habit. *Journal Ortodontic Dentofacial* , 9.
31. WJ., S. (2008). The abnormal swallowing habit: Its causes, effects and results in relation to orthodontic treatment and speech therapy. *American Journal Orthodontics*, 6.
32. Woodside DG, L.-A. S. (1999). Mandibular and maxillary growth after changed mode of breathing. *Journal of Orthodontics Dentofacial*, 17.

33. ZaldivarI, D. L., PeláezII, D. S., MartínIII, D. I., VerdejaIV, D. V., & LlanesIV, L. Y. (2010). Deglución Anormal: Consideraciones sobre este hábito. *Revista archivo médico de Camaguey* , 12.

7. ANEXOS

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Gabriela van Isschot Treviño, de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. El objetivo de este estudio es evaluar las características de las alteraciones bucomaxilofaciales asociadas en pacientes portadores de hábitos orales. Este estudio se llevará a cabo con las protecciones debidas que incluyen: Mascarilla, gorro, mandil, guantes y en una funda herméticamente cerrada y esterilizada el espejo para cada uno de los pacientes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a preguntas de una historia clínica. Luego se procederá a revisar las distintas características y hábitos orales que se presenten.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las historias clínicas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que

puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno. De tener preguntas de mi participación en este estudio, puedo contactar al teléfono 0981318188.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste se haya concluido. Para esto, puedo contactar a Gabriela van Isschot al teléfono anteriormente mencionado.

Firma del Participante

Firma del Testigo

Fecha:

Historia Clínica

Edad: 6 7

Sexo: F M

Frecuencia: Número de repeticiones de cualquier fenómeno o suceso periódico.	Día Noche Previo a la alimentación
Intensidad: Depende de de la fuerza con la que el cuerpo sonoro sea ejecutado.	Se escucha No se escucha
Duración: Por cuánto tiempo se realiza.	Minutos Horas Mientras duerme
Posición Digital: Dirección en la que se ubica los dedos implicados.	Hacia arriba Hacia Abajo Hacia un lado
Número de dedos implicados.	1 2
Patrón Morfogenético: Crecimiento del complejo cráneo-facial.	Tendencia Dolicofacial Tendencia Braquifacial
Protrusión de incisivos superiores con o sin diastemas: inclinación aumentada de los incisivos superiores en relación con el plano	SI NO
Retroinclinación de los incisivos Inferiores: Inclinación lingualizada de los incisivos inferiores.	SI NO
Incisivos inferiores apiñados: Se encuentran mal alineados, aplastados y montados unos sobre los otros.	SI NO
Mordida abierta anterior: Mordida vertical incompleta.	SI NO
Prognatismo alveolar superior: Deformación del maxilar superior que sobresale el plano vertical.	SI NO
Estrechamiento de la arcada superior: Paladar angosto.	SI NO
Mordida cruzada unilateral: Cuando los dientes superiores ocluyen por dentro de los inferiores en un solo lado de la oclusión.	SI NO
Mordida cruzada bilateral: Cuando los dientes superiores ocluyen por dentro de los inferiores en ambos lados de la oclusión.	SI NO
Labio superior corto e hipotónico: al no participar en la deglución se vuelve flácido y débil.	SI NO

Labio inferior hipertónico: Al ser el único que participa en la deglución se vuelve más fuerte y grande.	SI	NO
Hipertonicidad de la borla de mentón: Al estar siempre trabajando se vuelve más grande y fuerte.	SI	NO
Incompetencia labial: Cuando los labios no logran un sellado.	SI	NO
Resequedad: Sequedad bucal	SI	NO
Ojeras: Alteración del color de la piel, en la zona debajo de los ojos.	SI	NO
Depresión malar: Depresión del Pómulo	SI	NO
Tercio inferior aumentado: Cuando el tercio inferior de la cara es mayor al tercio medio y superior.	SI	NO
Un paladar ojival, forma de V o U.	SI	NO
Gingivitis: Inflamación de las encías.	SI	NO
Elevación de la base de la nariz: (observación frontal de las narinas, que serán estrechas)	SI	NO
Maxilar superior protruído: Cuando el maxilar superior por detrás del plano vertical.	SI	NO
Retrusión mandibular: Cuando la mandíbula se encuentra por detrás del plano vertical.	SI	NO
Posición normal del maxilar	SI	NO
Lengua en posición atípica, ubicándose en el piso de la cavidad bucal.	SI	NO
Lengua en posición atípica, ubicándose entre los dientes.	SI	NO
Mala fonación: Problemas para el habla.	SI	NO
Succión Digital: Es el hábito en el que persiste la succión del dedo en la boca.	SI	NO
Respiración Bucal: Cuando el niño en vez de usar la nariz para respirar lo hace por la boca.	SI	NO
Interposición Lingual: Cuando el niño para hablar o para tragar coloca la lengua entre los dientes anteriores.	SI	NO
Deglución Atípica: El hábito en el que el niño coloca la lengua entre los dientes para tragar.	SI	NO

