



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO

**“HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS DE TRES
ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA.
PERÍODO MARZO- JULIO 2016”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

ALUMNA:

ANA KATHERINE CASTILLO JADAN

DIRECTORA:

Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

Loja - Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN

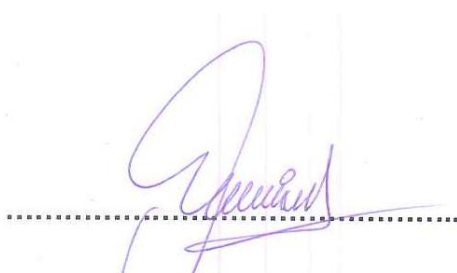
Loja, 5 Octubre del 2016

Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

DIRECTORA DE TESIS

Certifica:

Que la presente tesis titulada “HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS DE TRES ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO MARZO- JULIO 2016”, elaborado por la Srta. Ana Katherine Castillo Jadán, ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja por lo que autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.



Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Ana Katherine Castillo Jadan, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, a sus representantes jurídicos de posibles o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio institucional-biblioteca Virtual.

Autor: Ana Katherine Castillo Jadan

Firma:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned to the right of the 'Firma:' label.

Cédula: 1105614257

Fecha: Loja, 5 Octubre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Ana Katherine Castillo Jadan, declaro ser autora de la tesis titulada: “HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS DE TRES ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO MARZO- JULIO 2016”, como requisito para optar el grado de Odontólogo General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, mes de octubre del 2016.

Firma del autor:

Autor: Ana  Katherine Castillo Jadan

Cédula: 1105614257

Dirección: Los Operadores

Correo Electrónico: katherinecastillo_@live.com

Teléfono: 0997585431

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

Tribunal de grado: Presidente: Odont. Esp. Susana Patricia González Eras

Vocales: Odont. Esp. Andrea María Jiménez Ramírez

Dra. Paola Mercedes Benítez Castrillón. Mg. Sc

DEDICATORIA

Este trabajo fruto de esfuerzo y dedicación, se lo dedico a mis padres por cada uno de los sacrificios que realizaron para poder brindarme una educación, por enseñarme que la vida sin amor no tiene significado, por estar a mi lado en todo momento, a mi hermana y a todos ellos que me han ofrecido su apoyo incondicional en cada paso que he dado.

A la Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo que supo brindarme sus conocimientos y experiencias para la culminación de este trabajo.

Ana Katherine Castillo Jadan

AGRADECIMIENTO

Le agradezco primeramente a Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por haber sido mi fortaleza en momentos de debilidad y brindarme una vida de aprendizaje experiencias y felicidad.

A mis padres por apoyarme en todo momento y haberme dado la oportunidad de tener una educación. Sobre todo por ser un ejemplo de vida a seguir.

A mi familia que de una u otra manera son la principal fuente de inspiración para la realización de este trabajo, ya que sin el Optimismo y motivación que me brindaron durante la realización del mismo no hubiera sido posible su culminación

Quiero extender un sincero agradecimiento a la Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo por su paciencia, disponibilidad y generosidad para compartir su experiencia y amplio conocimiento sobre la elaboración del material estudiado en este proyecto. De la misma manera a aquellos profesores que me brindaron durante cinco años sus sabios conocimientos, que han sido una fuente enriquecedora para mi formación profesional.

Les agradezco a mis amigos que estuvieron conmigo siempre ayudándome y apoyándome en todo momento.

Ana Katherine Castillo Jadan

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	ii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
CAPÍTULO I:	7
4.1 HÁBITOS	7
4.1.1 Definición	7
4.1.2 Hábitos bucales	7
4.1.3 Clasificación.	8
CAPÍTULO II:.....	10
4.2 HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES.....	10
4.2.1 Succión digital.....	10
4.2.1.1 Etapas.....	10
4.2.1.2 Etiología	11
4.1.2.3 Consecuencias	11
4.2.1.4 Tratamiento.....	12
4.2.1.2 Diagnóstico	13
4.2.2 Deglución.....	14
4.2.3 Deglución normal.....	14
4.2.4 Deglución atípica.....	15
4.2.4.1 Etiología	16
4.2.4.2 Clasificación	16
4.2.4.3 Características clínicas.....	18
4.2.4.4 Efectos colaterales	19
4.2.4.5 Tratamiento.....	19
4.2.4.6 Diagnóstico	22
4.2.5 Onicofagia	22
4.2.5.1 Etiología	23
4.2.5.2 Consecuencias	24
4.2.5.3 Tratamiento.....	25

4.2.6	Succión del chupete o biberón	26
4.2.6.1	Consecuencia del uso del chupón.....	27
4.2.6.2	Consejos para el uso seguro de chupones (chupetes)	28
4.2.6.3	Beneficios del uso de chupete.....	28
4.2.6.4	Tratamiento.....	29
4.2.7	Interposición labial o Queilofagia.....	30
4.2.7.1	Causas	30
4.2.7.2	Consecuencias	31
4.2.7.3	Tratamiento.....	31
4.2.8	Respiración nasal o normal	32
4.2.9	Respiración oral.....	32
4.2.9.1	Tipos	32
4.2.9.2	Etiología	32
4.2.9.3	Características faciales y dentarias.	33
4.2.9.4	Tratamiento.....	34
4.2.9.5	Diagnóstico	34
CAPÍTULO III:		37
4.3	CAUSAS	37
4.3.1	La armonía familia.....	37
4.3.2	Bajo Peso del niño al nacer	38
4.3.3	Lactancia materna	38
4.3.4	Nivel sociocultural de los padres.....	39
4.3.5	Estrés.....	39
4.3.6	Edad de la madre al dar a luz	40
CAPÍTULO IV		41
4.4	TRATAMIENTO	41
4.4.1	Tratamiento psicológico.....	41
4.4.2	Método persuasivo	42
4.4.3	La auriculoterapia.....	42
4.4.5	Tratamiento farmacológico.....	44
Prevalencia		45
Características de la prevalencia		46
5.	MATERIALES Y MÉTODOS	47
7.	DISCUSIÓN	58
8.	CONCLUSIONES	61
9.	RECOMENDACIONES	62

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
11. ANEXOS	73
ANEXO 1. PROBLEMÁTICA	73
ANEXO 2. OBJETIVOS	77
ANEXO 3. JUSTIFICACIÓN	78
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	80
ANEXO 5. FICHA CLÍNICA	81
ANEXO 6. ENCUESTA	82
ANEXO 7. FOTOS	84
REALIZACIÓN DE FICHA CLÍNICA	84
REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS	85
ANEXO 8. CASOS	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Prevalencia de hábitos bucales deformantes.	50
Tabla 2 Hábitos bucales deformantes según edad y género	52
Tabla 3 Lactancia materna exclusiva	54
Tabla 4 Ambiente familiar del niño	55
Tabla 5 Peso del niño al nacer	56
Tabla 6 Edad de la madre al dar a luz	57

ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 1 Prevalencia de hábitos bucales deformantes	50
Grafico 2 Hábitos bucales deformantes según edad y genero	52
Grafico 3 Lactancia	54
Grafico 4 Ambiente familiar del niño	56
Grafico 5 Peso del niño al nacer	57
Grafico 6 Edad de la madre al parir	57

1. TÍTULO

“HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS DE TRES ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA. PERÍODO MARZO- JULIO 2016”

2. RESUMEN

Estudio de tipo descriptivo observacional y de corte transversal en el que se propuso determinar la presencia de hábitos bucales deformantes en niños, de tres escuelas del barrio Motupe de la ciudad de Loja período marzo- julio 2016. "Escuela Fiscal José Rafael Arizaga Vega" "Escuela Ramón Burneo de Educación Básica" "Institución Educativa de EB Pompilio Reinoso Jaramillo". Para la presente investigación se confeccionó una ficha clínica para identificar el hábito bucal deformante que presenta el niño y una encuesta dirigida a los padres para determinar las posibles causas. Fueron partícipes del estudio 229 niños entre 4 a 10 años de edad cuyos padres firmaron el consentimiento informado; a los cuales se les realizó un examen clínico y el respectivo registro en una ficha clínica previamente elaborada para el efecto. Los datos fueron recolectados en una tabla de vaciado de datos, para seguidamente ser procesados y analizados estadísticamente a través de números absolutos y porcentuales en el programa de Excel 2013. Se pudo evidenciar que el hábito más frecuente fue la onicofagia con el 59%, seguida de la succión digital con un 18%, queilofagia con el 16% y respiración bucal con el 7%. Fundamentalmente a la edad de 9-10 años. En cuanto a los resultados de la encuesta a los padres se pudo determinar que el factor de riesgo que predominó fue el ambiente familiar reportando un 51% de hogares en los cuales está presente las discusiones familiares. Por lo que podemos concluir que podría existir una relación directa entre la presencia de hábitos bucales en los niños y el entorno en el que ellos se desarrollan.

Palabras clave: onicofagía, queilofagia,- factores de riesgo biológicos

SUMMARY

Observational study descriptive and cross-section which set out to determine the presence of deforming oral habits in children from three schools Motupe district of the city of Loja period March-July 2016. "Fiscal School Arizaga José Rafael Vega" " Ramon Burnet school of Basic Education "" Educational Institution EB Pompilio Reinoso Jaramillo." For this investigation a clinical record was compiled to identify the disfiguring oral habit and the child presents a survey of parents to determine possible causes. Study participants were 229 children aged 4 to 10 years old whose parents signed informed consent; to which underwent a clinical examination and the respective record on a previously prepared clinical record for effect. Data were collected in a table dump data to then be processed and statistically analyzed through absolute and percentage numbers in the program Excel 2013. It was evident that the most frequent habit was onicofagia with 59%, followed digital suction with 18%, 16% queilofagia and mouth breathing with 7%. Mainly at the age of 9-10 years. As for the results of the parent survey it was determined that the risk factor was the family atmosphere prevailed reporting a 51% of households where family discussions is present. So we can conclude that there may be a direct relationship between the presence of oral habits in children and the environment in which they develop.

Keywords: nail biting, queilofagia, biological risk factors

3. INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales se definen como la práctica obtenida por la reproducción constante de un mismo hecho. En una etapa temprana es un acto potestativo o consciente que posteriormente se convierte en un acto inconsciente. Son considerados además patrones reflejos de contracción muscular, de naturaleza compleja que se aprenden.

Existen algunas discusiones sobre hasta qué edad son considerados como normales. En condiciones óptimas, deben discontinuarse en el segundo año de vida o antes, y si persisten más allá de los 3 años deben iniciarse acciones para su cese, recordando las interacciones físicas, emocionales y sociales que se dan en su desarrollo. De acuerdo a la edad del paciente, duración, intensidad y frecuencia con que se realicen serán las anomalías dentales y esqueléticas que se presenten en los pacientes. (Rodríguez Chala, Pérez Padilla, & Cabarco Rivero, 2015)

Cuando persiste más allá de las edades comprendidas no dañinas se considera como un signo de ansiedad o inestabilidad, o un deseo de llamar la atención, que puede tener repercusiones en el entorno social del niño y también al nivel orgánico, pudiendo producir modificaciones en la posición de los dientes y la relación de arcadas dentarias. (Rodríguez Chala, Pérez Padilla, & Cabarco Rivero, 2015)

Entre los tipos de hábitos que se presentan con frecuencia en la población infantil, según investigaciones realizadas en niños del norte de la India y otras poblaciones de Sur América en edades de 5 a 10 años son empuje lingual en 18.1%, respiración oral en 6.6%, y succión digital en un 0.7%.

Al referirnos a la succión del tete, muy común en edades tempranas, citamos que en la Universidad Médica de Georgia se encontró que el uso del tete podía causar efectos

negativos como resalte aumentado, sobrepase aumentado y posibilidad de mordida cruzada posterior. La succión digital también podría transformarse en hábitos más perjudiciales para la salud como es el, o el morder objetos extraños, que pueden alterar la salud oral del paciente o su estado sistémico en general. (Narváez Sierra, Muñoz Eraso, Villota Bravo, & Chamorro.A., 2010)

En un estudio realizado en Chile donde se involucran niños de 3 a 6 años de edad, se plantea que la succión del biberón es el hábito que más prevalece en estas edades; en orden decreciente le siguió la protracción lingual, donde se observó que los niños de menor edad eran los más afectados.

En otras investigaciones realizadas con niños mexicanos se observa que hay un predominio del hábito de onicofagia en ambos sexos seguido de la succión digital. (Sánchez, Hidalgo, Duque.J, & Pérez, 2012)

Estudios realizados en esta década en nuestro país plantean que la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. De un total de 1,197 encuestados en 2011 en las edades de 5,12,15 años el porcentaje de afectados fue de 29 %, 45 % y 35 % respectivamente para un total de 36,3 %. El sexo más afectado fue el femenino (52,6 %), y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas. (Acevedo Sierra, Mora Pérez, Capote Femenías, Rosell Silva, & Hernández Núñez, 2011)

La prevalencia de hábitos orales nocivos en los niños de la comunidad Callazay, Parroquia Mariano Moreno del Cantón Guacaleo Provincia del Azuay - Ecuador, año 2014 estudiados ha resultado ser muy alta, ya que el 44.92 % presentaba al menos uno de los hábitos considerados.

El presente trabajo de investigación se realiza con el propósito de dar a conocer más ampliamente la prevalencia de este problema de salud bucal, ya que es de suma

importancia dar a conocer a los padres sobre esta situación y crear conciencia sobre la prevención para así prevenir los malos hábitos bucales en una edad temprana y que en un futuro tenga una baja incidencia. Ya que ocasiona diversas alteraciones en el área del lenguaje, musculaturas, dentales Oseas y estética.

Para la presente investigación se tomó como universo tres escuelas del barrio Motupe. Donde se realizó un examen clínico a 229 niños que se tomó como muestra para observar la presencia de hábitos bucales deformantes y encuestas dirigidas a los padres de los niños que presenten la alteración de esta manera se llevó a cabo el tema “hábitos bucales deformantes en niños, de tres escuelas del barrio motupe de la ciudad de Loja período marzo- julio 2016”

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I:

4.1 HÁBITOS

4.1.1 Definición

Los hábitos pueden definirse como la práctica o costumbre que se adquiere por la repetición continua de un mismo acto, inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga. (León Alfonso, Carvajal Roque, Pérez Hermida, & Rodríguez, 2014)

4.1.2 Hábitos bucales

Los Hábitos Bucles Deformantes son aquellos que pueden producir interferencias en el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, y a consecuencia de ello, anomalías en la morfología y fisiologismo bucal. De acuerdo a la edad del paciente, su biotipo y la duración e intensidad con que se realice el hábito, así serán las anomalías dentomaxilofaciales que se presenten. Todos los hábitos tienen su origen en el sistema neuromuscular, como reflejos de la contracción muscular. (Romagosa, Enrique, Pérez, Quesada, & Estrada., 2014)

Algunos hábitos pueden tener base en alteraciones de índole muscular. La forma y la estructura de los músculos, en la mayoría de los casos, no condicionan la aparición de estos hábitos, aunque de forma secundaria estará afectada la función que realiza esta musculatura. (Navarro & Sanz., 2011)

Existe un equilibrio dinámico entre las fuerzas que actúan sobre el aparato estomatognático. Actúan en diferentes direcciones con diferente potencia y ritmo, llegando a equilibrarse o anularse entre sí. Una muestra de ello es la conformación del pasillo

dentario, resultado del equilibrio entre la fuerza centrípeta de labios y mejillas y la fuerza centrífuga de la lengua, de tal forma que una disfunción de esta musculatura, provocaría un desequilibrio con el consiguiente movimiento dentario. (Navarro & Sanz., 2011)

Ciertos tipos de maloclusiones se desencadenan por la presencia de hábitos, por lo que el patrón morfogenético de desarrollo, no sólo está marcado por la herencia, sino que existen factores ambientales que pueden modificarlo. (Navarro & Sanz., 2011)

Los hábitos de deglución anómala, respiración bucal y succión digital inciden de forma muy especial en este mecanismo, por lo que una corrección temprana de estos hábitos evitará el desarrollo de anomalías oclusales como mordidas abiertas y mordidas cruzadas anteriores y posteriores.

4.1.3 Clasificación.

- Según la forma

Hábitos beneficiosos o funcionales: Son aquellos que al realizarse correctamente, estimulan el desarrollo normal, por ejemplo: la succión, la masticación, la respiración y la deglución normal.

Hábitos perjudiciales o nocivos: Resultan ser los resultantes de la perversión de los anteriores, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.

- **Según el momento**

Hábitos clínicamente no significativos: Se presentan en edades y momentos que por no producir alteraciones y no requerir tratamiento, no se traducen en problemas clínicos.

Hábitos clínicamente significativos; se presentan en edades y en un grado de severidad tal, que reclaman de su atención y tratamiento, por cuanto generan anomalías bucales ocasionalmente severas.

- **Según la frecuencia e intensidad**

Hábitos no compulsivos: son los que se presentan en el niño ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia.

Hábitos compulsivos: es cuando el niño ha hecho una fijación morbosa con el mismo, al extremo que acude a su práctica, cuando se ve en alguna situación de amenaza o inseguridad.

CAPÍTULO II:

4.2 HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES

4.2.1 Succión digital

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega a ser considerado “normal”, probablemente está presente en el 50% de los niños pequeños. La persistencia del hábito en una persona ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad. Existen diferentes tipos de succión digital: de uno y hasta dos dedos. (Navas Garcia, 2012)

Durante los primeros seis meses de vida, la succión es una actividad preponderante; desde el nacimiento hasta los dos años y medio o tres de vida, la presencia de la succión digital, se considera un mecanismo normal adaptativo y fisiológico. Si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, existe gran posibilidad de no lesionar el alineamiento dentario. Si por el contrario, el hábito persiste durante el período de dentición mixta se pueden desencadenar consecuencias importantes en la oclusión dental. (Navarro & Sanz., 2011)

Los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad de hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca. (Lugo & Toyo, 2011)

La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua.

4.2.1.1 Etapas

Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico)

- Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.

- Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.
- Esta succión se resuelve de manera natural.

Etapa II (Succión del pulgar clínicamente significativo):

- De los 3 años a los 6 o 7 años de edad.
- Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
- Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.
- Definir programas de corrección.

Etapa III (Succión del pulgar no tratada):

- Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión.
- Requiere tratamientos ortodóncicos y psicológico. (Romero Maroto & Romero Otero, 2015)

4.2.1.2 Etiología

Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro. (González, Guida, Herrera, & Quirós, 2012)

4.1.2.3 Consecuencias

- Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
- Retroinclinación de los incisivos inferiores

- Mordida abierta anterior
- Prognatismo Alveolar Superior
- Estrechamiento del arcada superior (Debido principalmente a la acción del musculo buccinador)
- Mordida cruzada posterior
- Dimensión vertical aumentada
- problemas de articulación.
- Apoyo de la lengua contra dientes durante alimento y cuando habla.
- Prognatismo alveolar superior (maxilar superior adelantado).
- Cierre labial no existe.
- Labio superior corto y flácido. (Hatta, Kaori, & Furuki, 2010)
- Normalmente se produce un desplazamiento simple vestibular de los dientes anteriores superiores y un aumento del desarrollo del hueso premaxila conduciendo a los dientes a implantarlos a una posición más anterior. Está demostrada la relación entre la succión digital y el desarrollo de las maloclusiones de clase II división I. (Navarro & Sanz., 2011)

4.2.1.4 Tratamiento.

- Explicar al niño con un vocabulario acorde a su edad los daños que le causaría persistir el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos disminuir la frecuencia.
- Aparatología (aparatos de ortopedia y ortodoncia rejilla lingual.)
- Terapia mio-funcional, favorecer tono de musculatura ya sea adentro o alrededor de la boca por flacidez o tensión de la musculatura, disociación de movimientos de las estructuras orales. (González, Guida, Herrera, & Quirós, 2012)
- Niños menores de tres años y menores a esta edad no se deberían intentar intervenciones activas, principalmente por falta de desarrollo cognitivo y emocional,

que los ubica en la categoría de niños sin capacidad de cooperación, La mayoría de estos niños detendrán el hábito aproximadamente a los 4 años. (Navarro & Sanz., 2011)

- Niños de tres a siete años, se sugiere en primer lugar la comunicación con el niño para que deje el hábito. En el primer periodo de recambio se debe contemplar la posibilidad de participación más activa, con aparatos o mediante modificación de conducta. (Navarro & Sanz., 2011)
- Niños mayores de 7 años. En este grupo, las anomalías caracterizadas por aumento de resalte y mordida abierta no se autocorrigen debido a los patrones funcionales atípicos que se han establecido. Estos niños requieren alguna forma de tratamiento activo. (Navarro & Sanz., 2011)

4.2.1.2 Diagnóstico

El diagnóstico de la succión digital es obvio cuando el niño practica el hábito. Sin embargo rara vez lo demuestra en la consulta y muchas veces niega que existe el mismo al ser interrogado. Es posible recibir esta información directamente por parte de la madre en la consulta.

Examen extraoral

Consiste en el examen de todos los dedos. Aquellos comprometidos en el hábito parecen enrojecidos, excepcionalmente limpios, con una uña corta o aplanada. (Navarro & Sanz., 2011)

Examen intraoral

Se suele encontrar una series de situaciones asociadas, como respiración bucal e interposición lingual, sobre todo en niños con mordida abierta. Los signos dentarios del hábito pueden variar, desde arcos y piezas dentarias bien alineadas, a piezas protruidas y espaciadas, mordida abierta, mordida cruzada. (Navarro & Sanz., 2011)

4.2.2 Deglución

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil). Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder.

La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central. (Lugo & Toyo, 2011)

4.2.3 Deglución normal

En la deglución madura normal no se produce protrusión lingual y una postura adelantada, se caracteriza por:

- En el momento de la deglución los dientes superiores e inferiores están apretados, contacto intercuspideo.
- La mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura por el V par
- No hay actividad contráctil al nivel de los músculos perioral, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurría en el niño.
- La lengua en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina

La deglución madura se realiza en oclusión máxima con los labios en contacto y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual, en el interior de la cavidad oral se deglute 500-600 veces diarias unas vez cada dos minutos aproximadamente. (Lugo & Toyo, 2011)

4.2.4 Deglución atípica.

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo. (Lugo & Toyo, 2011)

Todos los niños recién nacidos tienen una deglución asociada a un reflejo de succión, con un claro valor de supervivencia. Este tipo de deglución es denominado infantil o visceral. Se caracteriza, por un adelantamiento mandibular vigoroso y marcada contracción de la musculatura labial. La lengua es protruida entre los rodetes, creando un canal entre la punta y el dorso, ubicándose baja en la cavidad bucal, separada del paladar. Hay actividad de los músculos succionadores, participando igualmente la musculatura peribucal. (Navarro & Sanz., 2011)

En contraste, la deglución adulta o madura presenta la punta de la lengua ubicada en las caras palatinas de los incisivos superiores, mientras ésta se arquea de adelante hacia atrás en contacto con la bóveda palatina. Los arcos dentarios están por lo general en oclusión, mientras se registra silencio miográfico en la musculatura perioral. De esta manera, la deglución madura no muestra protrusión mandibular, ni la punta de la lengua entre los dientes, ni contracción de los labios. Y diastemas múltiples. Esta configuración morfológica puede estar en conjunto con una marcada contracción del músculo mentoniano durante la deglución. (Marchesan Queiroz, 2012)

Los niños empiezan normalmente a dominar una posición más alta, arqueada de la lengua, en la medida que hacen erupción los incisivos temporales y cambia su alimentación a formas más sólidas. El problema ocurre cuando la lengua permanece baja entre los dientes anteriores, asociadas con protrusión incisal creando una mordida abierta

4.2.4.1 Etiología

Cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados, hablamos de deglución atípica o disfuncional. Ésta, llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores, es decir, que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngeolaríngea de la deglución, caracterizándose como una de las principales degluciones atípicas asociada a causas de las maloclusiones, según Moyers. (Alarcón & Noriega, 2012). La lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por tanto su tamaño y su posición en reposo y función son muy importantes. En cuanto al tamaño se relaciona con el tamaño de la mandíbula, pudiendo existir macroglosia que se evidencia cuando el paciente se toca el mentón con la punta de la lengua. (Vera, Chacón, & Ulloa, 2013)

4.2.4.2 Clasificación

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 en la deglución atípica Tipo I y Tipo II son:
- Mordida abierta anterior, la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.

- Mordida abierta y vestibuloversión, la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión).
- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior, el mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uní o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

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

- Las deformaciones en la deglución atípica Tipo III son:
 - Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula, y la lengua es retenida en la región de los premolares.
 - Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada a la ruptura del equilibrio muscular de ese lado

Tipo IV con presión lingual anterior y lateral:

- Las deformaciones resultantes en la deglución atípica Tipo IV son:
 - Mordida abierta anterior y lateral.
 - Mordida abierta anterior y lateral, con vestibuloversión.

- Mordida abierta anterior y lateral, con vestibuloversión y mordida cruzada posterior (Alarcón A. A. M., 2013)

4.2.4.3 Características clínicas.

Posición frontal de la lengua desde la fase oral: El ápice lingual se sitúa en posición interdental o empujando contra la cara palatina de los incisivos. La interposición se relaciona directamente con la mordida abierta anterior.

Contracción de los labios: La contracción excesiva del orbicular de los labios se da para compensar la impulsión al exterior de la lengua evitando así el escape de alimentos.

Escape de alimentos. Si el sujeto no puede realizar un sellamiento de la lengua con las arcadas dentarias o compensarlo con acción mentoniana o labial puede apreciarse escape de alimentos de la boca. Es fácilmente evidenciable ese escape pidiendo al niño que trague un sorbo de agua al tiempo que mantiene la mirada baja y el cuello flexionado hacia delante ("como mirando los zapatos"). Faltas de contracción de maseteros: En el caso de la deglución normal, al iniciar de la fase oral la mandíbula asciende por contracción de los músculos maseteros, temporales y pterigoideos y la lengua se fija a la arcada dentaria. Algunos autores consideran la falta de contracción de los maseteros un rasgo de atipia: la lengua se fija en posición baja y por tanto no actúa la musculatura elevadora de la mandíbula.

Contracción del mentón: Se aprecia en un intento para sellar la cavidad oral e impedir la impulsión de alimentos semejante al que hemos comentado en el caso de la contracción del orbicular de los labios. Se asocia también con un movimiento excesivo y contracción del labio inferior que busca alcanzar al superior que queda alejado como consecuencia de la oclusión y el overjet.

Movimientos del cuello: En ocasiones pueden apreciarse movimientos del cuello asociados a mala masticación. Si el bolo está mal formado - los alimentos no están bien triturados, es demasiado grande o no está bien insalivado-, puede presentar dificultades para ser introducido en la orofaringe y la persona puede realizar un movimiento de estiramiento del cuello y extensión de la nuca.

Ruidos al tragar: Aparecen porque el sujeto realiza un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar en el momento de la deglución.

Mantener residuos de alimentos en la boca después de acabar la deglución:

Este fenómeno se debe a la hipotonía de los músculos de las mejillas que favorece el almacenamiento de partículas en el vestíbulo de la boca. (Cervera & Ygual., 2010)

4.2.4.4 Efectos colaterales

- Contracción de la musculatura perioral
- Alteración de los fonemas siendo los más alterados los fonemas l, n, t, d, s, z.
- Aumento del volumen de la lengua. Es de suma importancia observar la postura de reposo de la lengua en los pacientes con estas características.
- Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca.
- El paciente escupe con mucha frecuencia.
- Falta de contacto entre dientes anteriores y posteriores.
- Problemas de lenguaje expresivo.
- Protrusión incisivos superiores.
- Mordida abierta región anterior y superior
- Dificultad para deglutir con los labios separados. (Vera, Chacón, & Ulloa, 2013)

4.2.4.5 Tratamiento

Al realizar el examen de diagnóstico, el médico foniatra toma en cuenta: Entrevista con los padres, examen de pronunciación, examen de desarrollo intelectual y examen de

psicomotricidad, que incluye conducta respiratoria, discriminación de los sonidos, fonemas y palabras (Vera, Chacón, & Ulloa, 2013)

- **Terapia miofuncional**

La terapéutica miofuncional propone que mediante una serie de bien motivados y controlados ejercicios de lengua y labios, el niño puede ser entrenado como para desarrollar una nueva modalidad de deglución y de este modo corregir la maloclusión originada por aquélla cuando es atípica, o impedir la recidiva de cuadros tratados ortodóncicamente por igual causa.

El tratamiento consiste en una serie de sesiones, 20 o 25, en las cuales se indica al niño la correcta posición de la lengua durante la deglución, con el auxilio de algunos elementos de referencia (botones, elásticos, etc.). El niño debe mantener el objeto con la punta de la lengua en la zona anterior del paladar, cerrar los dientes y deglutir, manteniendo esta práctica en varios ejercicios diarios en su hogar. (Navarro & Sanz., 2011)

- **Tratamientos con aparatos.**

Parece más conveniente interferir con la protrusión de lengua al mismo tiempo que se corrige la maloclusión asociada. Con este propósito, se pueden utilizar aparatos fijos y removibles. La rejilla en la zona anterior palatina debe tener una longitud suficiente como para ser una barrera efectiva al adelantamiento de la lengua. Si se la inserta en el período adecuado, final del primer período de recambio, la corrección de la posición incisiva se obtiene en un plazo aproximado de seis meses, o menor. (Navarro & Sanz., 2011)

- Aparato removible impedor o rejilla impeditora:

Procedimiento inicial para una deglución atípica con interposición lingual anterior. Este aparato es una Placa de Hawley superior con una rejilla anterior o Perla de Tucat, que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. En casos especiales,

la rejilla impeditora puede ser fija, soldada a las bandas o coronas metálicas preformadas.

- Muralla acrílica:

Es otro impeditor de lengua comúnmente utilizado, y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impeditora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la altura de los incisivos inferiores

Ambos aparatos citados anteriormente actúan solamente como impeditores, porque no corrigen el hábito.

- Aparato removible con un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina o papila incisiva:

Además de impedir la interposición de la lengua, puede servir también como aparato reeducador del posicionamiento lingual mediante este orificio o anillo metálico. El paciente debe recibir orientación del profesional para que en cada deglución coloque la punta de la lengua en el lugar demarcado.

- Tornillo expansor mediano o un resorte de Coffin:

Además de impedir y reeducar la musculatura lingual, esta aparatología puede tener un tornillo expansor mediano o un resorte de Coffin, con la finalidad de descruzar la mordida posterior. El ajuste del tornillo expansor se hace una vez por semana (2/4 de vuelta si se activa en la boca o 1/4 de vuelta si se activa fuera de la boca).

- Cuadrihélice o Bihélice:

La mordida posterior también se descruza por medio de estos aparatos, que se sueldan a las bandas de los molares superiores por palatino. Se activan con el alicate Tridente. (Alarcón & Noriega, 2012)

4.2.4.6 Diagnóstico

- Posición atípica de la lengua.
- Falta de contracción de los maseteros.
- Participación de la musculatura perioral con presión del labio y movimientos de la cabeza.
- Soplo en lugar de succión.
- Tamaño y tonicidad de la lengua.
- Babeo nocturno.
- Dificultad de ingerir alimentos sólidos.
- Alteraciones en la fonación.
- Acumular saliva al hablar. (Marchesan I. Q., 2012)

4.2.5 Onicofagia

La onicofagia hace referencia al hábito de morderse las uñas. Este es un hábito común y se observa tanto en niños como en adultos; se caracteriza por lesiones repetidas, es de tipo autodestructivo y agresivo. Se conoce como un hábito de transferencia de la succión del pulgar, ya que este tiende a ser abandonado durante el tercer año de vida. La necesidad de morder y comer incluso las uñas se vincula con un estado psicoemocional de ansiedad. Se observa en edades entre los 4 y 6 años; se estabiliza entre los 7 y 10 años; aumenta considerablemente durante la adolescencia; la incidencia se reduce cuando aumenta la edad. (Ocampo Parra, Johnson García, & Lema Álvarez, 2013)

La onicofagia o mordisqueo de uñas es un hábito patológico muy extendido en la infancia y en la edad juvenil, que influye negativamente en la estética dental, bucal y digital. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática. La continua y reiterativa manía ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, dientes de enorme repercusión en la buena apariencia de la sonrisa. Los microtraumatismos que el mordisqueo ocasiona en las mucosas labiales hacen que la patología infecciosa (herpes, labios cortados, aftas) sea más frecuente en estos pacientes. Asimismo, la estética de las manos se ve mermada por la presencia de uñas escasas e irregulares, por lo que la onicofagia constituye una preocupación para los padres de niños y adolescentes. (Álvarez Utría & González Rodríguez, 2015)

4.2.5.1 Etiología

- **Causas psicológicas**

Estados obsesivos, compulsivos, agresividad o como forma de calmar momentos de nervios, ansiedad, angustia etc. Cualquiera de estos estados puede desencadenar inconscientemente y de una manera frenética un impulso de comerse las uñas. El estrés, dificultades para resolver problemas cotidianos que sean sociales, laboral o escolar (exámenes) son causas frecuentes que pueden desarrollar un complejo que lleva a una persona a comerse las uñas. (Johnson García, 2013)

- **Causas psicosomáticas**

Es difícil agrupar en un mismo patrón a la cantidad de personas que sufren este mal hábito por causas psicosomáticas. Pero en los casos muy severos en formas más conscientes de lesiones autoinfligidas, podemos enumerar algunos de los rasgos distintivos que pueden favorecer actitudes negativas e influir emocionalmente en el comportamiento

del sujeto durante la niñez, adolescencia y hasta la edad adulta. Por ejemplo: Cambios dramáticos en la unidad familiar, no asumir la pérdida de un ser querido, violencias y disputas domésticas reiteradas ante el sujeto, divorcios y separaciones de los padres, rechazo a los padrastros o madrastras, rechazo a la incorporación en la familia a nuevos hermanos y hermanas, malos tratos y humillaciones, presión por los estudios en el ambiente familiar o escolar, y un sin fin de otras causas. Pero en la mayoría de estas causas las frustraciones acumuladas, la timidez y la baja autoestima son los rasgos más significativos que llevan al sujeto a morderse las uñas. Desaparecerá esta manía cuando se adquiere confianza y seguridad en el área familiar, escolar o laboral. (Johnson García, 2013)

4.2.5.2 Consecuencias

- En los dientes: produce desgaste en los dientes y daño en el esmalte por el repiqueteo constante de un incisivo contra el otro al morderse las uñas, lo que conlleva a un problema estético ya que las piezas dentales lucen recortadas, eventualmente puede ocurrir la caída de las piezas dentales y úlceras en las encías. pueden presentar cambios en su posición apiñamiento, rotación, fracturas, protrusión de incisivos superiores.
- Destrucción periodontal y Reabsorción de parte de las raíces de los incisivos superiores.
- En las uñas: el continuo mordisqueo crea microtraumas y heridas alrededor de la uña, que hacen que el dedo se inflame y duela y que no crezca la uña, al quedar una superficie abierta y sangrante, es una puerta de entrada para las bacterias que pueden provocar infecciones en la matriz de las uñas.
- En articulación temporomandibular: disfunciones y trastornos, ruidos articulares, dolor de cabeza, limitación de los movimientos de la mandíbula y

problemas posturales de la cabeza. (Ojeda Léonard, Espinoza Rojo, & Biotti Picand, 2014)

4.2.5.3 Tratamiento

Para los casos leves de onicofagia no se necesita tratamiento, mientras que para situaciones más graves el tratamiento debe involucrar la eliminación de los factores emocionales que induzcan el hábito. En algunos casos, un poco más de atención y la comprensión son suficientes. Se recomienda actividades al aire libre o actividades con las manos. Un enfoque multidisciplinario debe centrarse en los esfuerzos para contribuir a la autoconfianza y la autoestima del paciente (Ocampo Parra, Johnson García, & Lema Álvarez, 2013)

Se trata de dominar los nervios, ansiedad, o problemas cotidianos que te arrastran a este mal hábito.

Si se trata de un niño hay que ayudarlo porque por sí mismo será incapaz de superarlo.

- hacerle tomar conciencia e identificar las situaciones que activen su hábito de morder las uñas. por ejemplo: acariciar, tocar, palpar, frotar o rascar las uñas, los bordes de las uñas y de las cutículas antes de llevarlos a la boca.
 - hacerle tomar conciencia e identificar las situaciones que provocan o estimulan su hábito. Por ejemplo: al estudiar, momentos de exámenes, leer libros, viendo la tv, frente al ordenador, discusiones y nerviosismo.
 - hacerle tomar conciencia e identificar las situaciones en que el niño ha evitado su hábito de morderse las uñas. Por ejemplo: practicar actividades deportivas, charlas con amigos, jugando, estar en sitios públicos, escuchar y admitir los reproches de familiares o de amigos cuando se muerde las uñas, cuando está masticando algo.
- (Ferro & Castilla, 2010)

Autodominio.

Explicarle al niño que lleve su dedo hacia su boca y que se detenga cuando llegue a 5cm del objetivo. Repite esta acción varias veces y a unas distancias diferentes. Ahora prueba a que meta el dedo entre los dientes un par de minutos y sin ganas de morderse las uñas. Este pequeño ejercicio se llama autodominio. (Neivas Camargo & Corrêa Brum, 2011)

4.2.6 Succión del chupete o biberón

La succión es una necesidad del bebé que se sacia a través de la alimentación materna o biberón, cuando ésta se realiza correctamente estimula toda la musculatura facial y favorece el crecimiento armónico de la cara. En otros casos la succión puede ser favorable cuando estimula el crecimiento mandibular de niños con retrognatismo (poco crecimiento del maxilar inferior). Por otro lado, la succión puede traer consecuencias cuando se prolonga más allá de los 18 meses de vida, llegando incluso a producir alteraciones a nivel oro-facial; en otros casos también puede producir alteraciones en la correcta unión entre dientes (oclusión dentaria). (Navas Garcia, 2012)

Es común en edades tempranas el uso del biberón y el tete. Es necesario divulgar las desventajas del uso de biberones para la alimentación del niño durante los primeros meses de vida, por entorpecer el desarrollo de la lactancia. Además con el uso de estos y del tete, se establece un patrón de succión que difiere del que fisiológicamente existe con la succión del pecho, entorpeciendo el desarrollo bucal. (Fajardo, 2016)

Al llevar a posición el chupete, la lengua es forzada hacia una posición inferior en la parte anterior de la boca, ejerciendo una presión lateral incrementada sobre los caninos y primeros molares inferiores. La falta de soporte palatino de la lengua resultará en un arco superior más estrecho, y la presión de la lengua ampliará el arco inferior. Estos cambios

crean una desarmonía transversal que incrementa la tendencia a desarrollar una mordida cruzada posterior. (Fajardo, 2016)

Sin embargo, los chupones (chupetes) no causan problemas médicos o psicológicos; e igual que la succión del pulgar o de los dedos, el uso del chupón (chupete) durante los primeros años del desarrollo normalmente no afecta la posición de los dientes o de la mandíbula. Si el niño no tiene suficiente con la succión proporcionada por el pecho materno o por los biberones, el chupón (chupete) satisfará esa necesidad. (Academy & Dentistry, 2010)

4.2.6.1 Consecuencia del uso del chupón

- La principal preocupación es evitar los problemas dentales que podrían producirse si el niño continua succionando el chupón cuando le empiecen a salir los dientes permanentes; alrededor de los 5 años de edad.
- Los hábitos de succión no nutritiva se relacionan con las maloclusiones dentarias: mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.
- Los niños succionadores, sufren una alteración de la flora bacteriana y una hipertrofia del sistema linfático por lo que suelen presentar una respiración bucal, lo cual también influye en el desarrollo de las maloclusiones.
- La succión del chupón podría dificultar el crecimiento normal de la boca y la alineación de los dientes. Según la Academia Dental Pediátrica Americana, la succión excesiva de chupones tiende a poner presión en las piezas dentales frontales y por ende vestibularización de las mismas.
- La succión del chupón después de los 6 o 7 años de edad puede afectar la forma de la boca y de los dientes del niño; y como resultado, el niño necesitará tratamiento de ortodoncia más adelante. (Torrevieja & Asunta, 2015)

4.2.6.2 Consejos para el uso seguro de chupones (chupetes)

- No se deben usar los chupones como sustitutos de comidas o para retrasar las comidas; se deben ofrecer únicamente después o entre comidas.
- Los chupones deben estar hechos de una sola pieza y de un material fuerte, que no sea tóxico, y que se pueda esterilizar.
- Nunca meta el chupón en miel u otra sustancia dulce antes de dárselo al niño.
- Nunca se meta el chupón en la boca para limpiarlo antes de dárselo al niño. Esto transmite gérmenes que pueden ocasionar caries.
- Con frecuencia, los chupones se caen al suelo y las manos de los niños por lo general, están sucias; por lo que es necesario lavar a menudo los chupones y las manos de los niños con jabón suave y enjuagarlos con agua para reducir la exposición a gérmenes. (Academy & Dentistry, 2010)

4.2.6.3 Beneficios del uso de chupete

1. Efecto tranquilizante del chupete: En los primeros días de vida, se aconseja amamantar al recién nacido para aportarle la cantidad de alimento correcta. El pequeño tiene además la necesidad de repetir con frecuencia la succión del pezón materno o bien sustituirlo por su propio pulgar o por un chupete; éste no debería ofrecérsele hasta que la lactancia materna estuviera bien establecida en 2 o 3 semanas, para así no interferir con ella.
2. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante: Numerosos estudios han relacionado el uso del chupete con una menor incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante. la succión del chupete favorece el control de la respiración disminuyendo los períodos de apnea a la vez que por razones de comodidad, los niños que usan el chupete no duermen en decúbito prono, posición que aumenta el riesgo de síndrome de muerte súbita.

3. Estímulo del recién nacido pretérmino: Diversos autores han valorado el interés de los métodos de succión no nutritiva en los recién nacidos pretérmino alimentados por sonda nasogástrica. Concluyen que éstos aceleran la maduración del reflejo de succión, con lo que se consigue antes una succión organizada, lo cual facilita una transición más rápida a la alimentación oral. (Martinez, Diaz Gonzalez, Garcia Tornel, & Gaspa, 2013)

4.2.6.4 Tratamiento

En general, la succión no nutritiva de los niños desaparece mucho antes de causar problemas. Sin embargo, algunos niños necesitan ayuda para quitarse la costumbre antes de que desaparezca. Intentar quitar la costumbre al niño podría ser perjudicial si el niño no tuviera el apoyo y la dirección que necesita. Evite usar palabras duras, criticar, burlarse, menospreciar, sacarle el dedo o el chupón de la boca, o castigar al niño como métodos para quitarle la costumbre. Estos métodos podrían disgustar al niño, aumentar su ansiedad y estrés, y empeorar la costumbre. (Barbosa & Bonifácio, 2013)

1. Los padres pueden ayudar a los niños ofreciéndoles apoyo emocional de diferentes maneras. Empiece a quitarle la costumbre al niño poco a poco. Explíquele que necesita quitarse la costumbre por su bienestar.
2. Buscar un lugar especial para guardar el chupón que esté fuera de la vista, para que el niño tenga que pedirlo.
3. Felicitar los esfuerzos del niño y premiarle cuando no use el chupón. Ofrecerle palabras de ánimo, hágale una caricia o dar un abrazo en esos momentos en los que no use el chupón. Hágale saber que usted se da cuenta del esfuerzo que el niño está haciendo para quitarse la costumbre y que usted lo aprecia mucho.

4. Los cuadros de estrellas, los premios diarios y los recordatorios discretos durante el transcurso del día son también muy útiles. (Barrios Núñez, Rodríguez, & Mileo, 2014)

4.2.7 Interposición labial o Queilofagia

Es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores. (Sánchez, Hidalgo, Riveron, & Quiñones, 2010)

En lo que refiere específicamente a la Queilofagia, ha sido interpretada como una forma de la psiquis de manifestarse simbólicamente cuando los contenidos emocionales encuentran barreras para ser elaborados en forma verbal. Ha sido referida como característica de niños que han requerido de una mayor atención o concentración mental e incluso de pacientes con trastornos de personalidad obsesiva-compulsiva, preocupación por la organización, perfeccionismo y control sobre otros, autoexclusión de actividades placenteras y seguimiento de principios morales rígidos.

4.2.7.1 Causas

Si bien no es frecuente, puede verse influenciada por factores condicionantes como

- el estilo de vida.
- la calidad de la relación intrafamiliar.
- entorno familiar violento.
- cambio constantes en el ambiente familiar.
- falta de atención de los padres.
- falta de madurez emocional.
- estrés, frustración.

- Dado los últimos reportes respecto a una mayor prevalencia del hábito entre individuos privados de libertad, con condiciones de supervivencia bajo stress, violencia, hacinamiento, malos hábitos, alimentación inadecuada. (Mora Morales, 2012)

4.2.7.2 Consecuencias

- huellas dentarias en labios.
- labios agrietados, resecos y costras
- mal olor y sabor por los restos de saliva.
- patologías de origen friccional: úlceras, leucoplasia a lesiones más complejas como fibromas, quistes de retención o cáncer. (Pérez, Martínez, & Fernández., 2011)

4.2.7.3 Tratamiento

Puede resultar complicado eliminar este hábito, pero con ayuda psicológica es posible. Lo primero que se debe hacer es tomar conciencia del problema y establecer medidas oportunas de prevención o tratamiento. La psicoterapia se podrá basar en buscar otras formas saludables de drenar la causa que obliga a la persona a realizar este hábito. Antes de dormir aplicar hidratantes labiales de cacao o aceite de oliva. (Sierra, Narváez, Eraso, Bravo, & Villota, 2013)

Otras opciones a nivel de salud física son:

- Usar protector solar y con vitamina E.
- No sacarse los “cueritos” de los labios. Pueden llegar a romperse y sangrar, provocando infecciones.
- No mojarse los labios con saliva, pues ésta es una enzima que contiene bacterias y un PH diferente al de la mucosa labial.

Ante cualquier lesión, se recomienda consultar con un especialista, sobre todo si hay picazón y sangramiento.

4.2.8 Respiración nasal o normal

Es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo, con un cierre simultáneo de la cavidad oral; se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro, en el momento de la inspiración la lengua se eleva y se apoya contra el paladar, produciendo un estímulo positivo para el desarrollo. Las fosas nasales limpian y calientan el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas. (Navas Garcia, 2012)

4.2.9 Respiración oral

4.2.9.1 Tipos

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral en la que nivel de las fosas nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por lo que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.

Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre. (Navas Garcia, 2012)

4.2.9.2 Etiología

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides Hipertróficas

- Presencia de Pólipos Nasales
- Rinitis Alérgicas.
- Desviación del tabique nasal
- Hipertrofia idiopática de los cornetes
- Asmas
- Bronquitis
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias

4.2.9.3 Características faciales y dentarias.

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)
- Mordida cruzada posterior, uní o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Paladar alto u ojival
- Retrognatismo del maxilar inferior
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Vestibuloversión de incisivos superiores mesogresión de posteriores (Clase II Div 1)
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.

- Incompetencia Labial.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados
- Perfil convexo
- Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga).
- Boca entreabierta.
- Nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas.
- Labio superior corto, labio inferior grueso y con disminución en el tono.

Mejillas flácidas y apariencia de ojeras. (Lugo & Toyo, 2011)

4.2.9.4 Tratamiento

1. Requiere equipo interdisciplinario.
2. Tratamiento quirúrgico para corregir obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos).
3. Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica y bronquitis.
4. Fonoaudiología: reeducación patrón respiratorio y problemas de habla si existen.
5. Remisión a ortodoncia e implementación de aparatología.
6. Terapia mio-funcional, fortalecimiento de musculatura orofacial y posicionamiento lingual.

4.2.9.5 Diagnóstico

- **Observación inicial**

Cuando el paciente llega a consulta Odontológica por primera vez debemos observarlo desde el momento que entra al consultorio observando discretamente su postura sentado en la sala de espera y caminando hacia el sillón dental, notar asimetrías de posición del hombro, curvatura de la columna vertebral, posición de la cabeza, etc., esto nos brinda información importante que aportará a la determinación de sus características posturales.

- **La anamnesis**

Debe estar constituida por datos como son el tiempo de amamantamiento, inicio de semisólidos, uso de chupón y biberón, padecimiento y evolución de problemas nasofaríngeos de tipo obstructivo crónico o agudo, presencia de hábitos, medio social, rendimiento escolar, rendimiento físico, presencia de cansancio con poco esfuerzo, relación con sus padres y familiares, desenvolvimiento con amigos etc. esta fase nos permitirá conocer las características psicosociales del paciente y al mismo tiempo permitirá a través de la conversación observar al paciente discretamente para determinar características faciales, posturales y funcionales.

- **El examen clínico extraoral e intraoral**

observamos las características faciales del paciente para determinar si corresponde con la facie adenoidea propia del respirador bucal; Al examen clínico intraoral verificamos estado gingival, superficie dental, desarrollo transversal de los maxilares, posición de los dientes, posición de la lengua.

- **Pruebas diagnósticas**

Si con toda la información observada se sospecha la presencia de Respiración bucal, existen test o pruebas diagnósticas que nos permitirán comprobar nuestras sospechas. Al realizar estas pruebas debe tenerse en cuenta el "ciclo nasal", que consiste en que las fosas nasales funcionan alternadamente quedando una en reposo

- **El reflejo nasal de Gudin.** El paciente debe mantener la boca bien cerrada se le comprime las alas de la nariz por 20 seg, al dejarlo respirar nuevamente debería haber dilatación de las alas de la nariz para tomar aire en condiciones normales y con una respuesta de dilatación en condiciones normales)

- **Apagar la vela** se coloca una vela prendida cerca de cada uno de los orificios de la nariz él debe apagar la vela soplando, en condiciones normales
- **El Algodón** (Coloca algodón cerca del orificio de la nariz a cada lado , el paciente inspira y espira, se debe observar el movimiento en condiciones normales)
- **El Espejo de Glatzel** se coloca un pequeño espejo sobre el labio superior del paciente, se le indica que inspire y espire, el espejo se debe empañar por lo menos unilateralmente en condiciones normales.

Si se diagnostica presuntivamente la presencia de Respiración Bucal se debe remitir el paciente al Otorrinolaringólogo para realizar el diagnóstico definitivo de Respiración Bucal y establecer la presencia o no de obstrucción nasal como factor desencadenante de la misma (Simoes Andrade, 2015)

CAPITULO III:

4.3 CAUSAS

4.3.1 La armonía familia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la calidad de vida relacionada a la salud bucal como una parte integral de la salud general y el bienestar.

Factores presentes en las familias como la disfuncionalidad familiar, el tipo de estructura familiar, el aumento en la actualidad de la familia monoparental, podrían incrementar el riesgo de presentar hábitos bucales deformantes y acentuar su severidad. (Apaza-Ramos, Torres-Ramos, Blanco, & Antezana, 2015)

Smilkstein manifiesta que la influencia de la familia en el proceso salud enfermedad es de vital importancia, ya que el grupo familiar puede funcionar como fuente de salud o enfermedad, o viceversa, y el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia. Igualmente la familia puede influir en el proceso salud enfermedad de los hábitos bucales deformantes. Desde esta perspectiva, hoy es claro que la salud oral no es solo problema del odontólogo; la familia y la comunidad juegan también un papel importante en la promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades. (Ruiz.O & Estupinan, 2012)

4.3.2 Bajo Peso del niño al nacer

Es aquel recién nacido que pesa menos de 2 500 gramos. La asociación entre el estado de salud bucal y el peso al nacer manifiesta que el bajo peso al nacer empeora las condiciones bucales del niño, se mostró que a medida que el peso al nacer aumenta la salud bucal mejora. En la actualidad, tanto en naciones desarrolladas como del tercer mundo, el bajo peso al nacer tiene un tremendo impacto en el sistema de salud. El bajo peso al nacer incrementa la frecuencia de hábitos orales, maloclusiones, gingivitis, el índice ceo-d, y el retardo en el brote dentario. (Romagosa, Rosales, Salcedo, & Garcia., 2014)

La buena nutrición juega un papel importante en el crecimiento y el mantenimiento de la buena salud corporal y la higiene bucal. La malnutrición puede retardar el crecimiento y desarrollo, afectar la calidad de los tejidos en formación y la mineralización, actuar a nivel muscular e incidir sobre la maduración de las funciones. (Quiñones, Benitez, & Torres, 2011)

4.3.3 Lactancia materna

La lactancia materna, es un método eficaz para estimular el desarrollo adecuado del aparato estomatognático y previene la aparición de hábitos bucales deformantes y maloclusiones. La falta de amamantamiento en los niños conlleva a una serie de situaciones como la succión y la deglución inadecuadas y la introducción de hábitos bucales deformantes que influyen en el desarrollo del sistema estomatognático. (González.M.F, Guida.G, Herrera.D, & quiros., 2012)

La alimentación natural constituye para el lactante el intercambio más importante con el mundo exterior. Con esa acción no solo se alimenta, sino que recibe la sensación de euforia

y bienestar al satisfacer aquellos requisitos de seguridad, amor y establecer un contacto físico gratificante para él y su madre. (Navarro Napoles & Duharte Escalante, 2011)

4.3.4 Nivel sociocultural de los padres

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la salud oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, y esto nos lleva a tener una total falta de interés en el tema, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos. (Nolasco Torres, 2013)

En nuestro entorno los más afectados son los niños, considerando la necesidad de involucrar a todos los actores sociales de la comunidad que intervienen en su cuidado y educación desde el nivel inicial de enseñanza, es decir el personal administrativo, los docentes, auxiliares, tutores y padres de familia, y también es de vital importancia verificar el nivel de conocimientos de salud bucal en las madres gestantes y del personal de salud para unificar conocimientos y criterios básicos de salud bucal y así unir esfuerzos para disminuir la incidencia de enfermedades bucales prevalentes. (Nolasco Torres, 2013)

La educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima

4.3.5 Estrés

El estrés en la niñez puede ser provocado por cualquier situación que requiera que un niño se adapte o cambie. La situación a menudo causa ansiedad. El estrés puede ser provocado por cambios positivos, como comenzar una nueva actividad, pero está vinculado con más frecuencia con cambios negativos, como una enfermedad o una muerte en la familiar. (clinica-DAM, 2016)

Los niños aprenden a responder al estrés por lo que han observado y experimentado en el pasado. En la mayoría de los casos, el estrés experimentado por un niño puede parecer insignificante para los adultos, pero como los niños tienen pocas experiencias previas de las cuales aprender, incluso las situaciones que exigen cambios pequeños pueden tener un impacto enorme en los sentimientos de seguridad y confianza del niño.

El dolor, las lesiones y la enfermedad son fuentes importantes de estrés para los niños. Los tratamientos médicos producen incluso un mayor estrés. El reconocimiento del estrés en los padres, como el que se ve durante el divorcio o las crisis financieras es un factor de estrés grave para un niño, al igual que la muerte o la pérdida de un ser querido. (Hershey, 2014)

4.3.6 Edad de la madre al dar a luz

Las variables socio biológicas que influyen, de las madres y los niños relacionadas con la presencia de hábitos bucales deformantes son las siguientes:

La edad de la madre se categorizó como sigue:

- **Menor de Edad:** Cuando la madre al parir tiene menos de 20 años.
- **Apta para parir:** Cuando la madre al parir tiene de 20 y 34 años
- **Añosa:** Cuando la madre al parir tiene 35 o más años

Considerando la menor de edad y la añosa como factor de riesgo.. (Green.A & Obregon.B., 2011)

CAPÍTULO IV

4.4 TRATAMIENTO

4.4.1 Tratamiento psicológico.

Finn sugiere que se elimine con método psicológico, en el que el propio niño sea quien llame para concertar la cita y con la ayuda de los padres se siga en el hogar una conducta que establezca una meta orientada a suprimir el hábito, como ofrecerle una pequeña recompensa. También se recomiendan métodos mecánicos: rodear el dedo con una cinta adhesiva o sustancias de sabor desagradable, colocar guantes de tela para dormir y dispositivos intrabucales fijos o removibles (Pavon.C.M, Puig.R.L, & Labrada.M.S.).

En la sugestión directa se utiliza el método verbal para explicar al niño los problemas que le ocasiona el hábito; la dinámica de grupo es una técnica participativa al alcance de todos, donde varios niños son estimulados a través de juegos, dibujos, cuentos y canciones que promueven el convencimiento y hacen más real nuestras palabras. La sugestión nocturna en sueño natural también es un método psicológico en el que se crea un foco de excitación en la corteza cerebral, provocado por la acción de la palabra; esto se hace sin que el niño se despierte y es el reflejo condicionado más simple y típico del hombre (Pavon.C.M, Puig.R.L, & Labrada.M.S.)

4.4.2 Método persuasivo

La mioterapia y la persuasión o convencimiento racional teniendo en cuenta que persuadir es sinónimo de convencer y para convencer hay que valerse de razones poderosas demostrando la bondad o la utilidad de lo que se propone para hacer cambiar al individuo de conducta (Maya.H.B, 2011)

La persuasión se logra a través de la influencia. La intención es que un sujeto modifique su forma de pensar o sus conductas, para lo cual es necesario incidir en él a través de sus sentimientos o suministrándole cierta información que, hasta el momento, desconocía.

Puede decirse que la persuasión es lo contrario a la coacción o a la imposición.

Mientras que la persuasión se logra sugiriendo cosas, la coacción y la imposición se consiguen por la fuerza. Esto quiere decir que una persona, al ser persuadida, actuará como el otro pretende pero por sus propios medios, sin el temor a una reacción violenta o represiva.

4.4.3 La auriculoterapia.

La auriculoterapia proviene etimológicamente del griego terapia que significa curar y del latín aurícula que quiere decir oreja, se presenta como una rama de la acupuntura por ser practicada por medio de las agujas chinas.

El tratamiento con (técnica de auriculoterapia), consiste en la estimulación de puntos específicos en el pabellón auricular con el objetivo de provocar un balance en la energía del cuerpo, y crear así influencias positivas en el paciente.

Está basada en la idea de que el pabellón auricular es una representación completa del resto del cuerpo. En la oreja se refleja una imagen parecida a la de un feto in útero. El feto está orientado cabeza abajo, a nivel de su lóbulo. Esta forma funciona en la teoría de la Medicina china como el “espejo” de todo el cuerpo.

Consiste en la creencia de que la estimulación de determinadas terminaciones nerviosas que se encuentran en el oído, tienen un efecto en una parte del organismo relacionada morfológicamente con dicha zona. (Corrales León, Duque Alberro, Serrano Fernández, & Crespo González, 2014)

4.4.4 Utilización de dispositivos ortodóncicos

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son la rejilla palatina y el dispositivo "Bluegrass". Son aparatos bien tolerados y herramientas eficaces en el tratamiento de este desorden. Antes de su implantación se debe explicar al niño que no se trata de un dispositivo punitivo, sino únicamente le sirve de recordatorio de que no debe succionarse el dedo. El dispositivo Bluegrass tiene la ventaja de no ser visible, y además, tiene la ventaja de ser un estimulantes neuromuscular para la lengua con lo que puede ayudar al pacientes a mejorar su habla. Tiene la desventaja de crear problemas para hablar y deglutir durante las 2 o 3 primeras semanas después de su implantación hasta que el niño se acostumbra, además del coste del tratamiento.

Por lo general, los niños abandonan el hábito en el primer mes de tratamiento aunque se recomienda que el aparato continúe en la boca durante 3 a 6 meses con objeto de reducir las probabilidades de una regresión. Al retirarse el dispositivo se deben evaluar las condiciones oclusales y funcionales del paciente para instaurar la terapia correctiva de manera temprana.

Con el dispositivo "Bluegrass" se han comunicado más del 90% de remisiones en un período de tratamiento entre 12.3 semanas. De igual forma, la rejilla palatina fija

constituye en una excelente ayuda para el manejo de los hábitos de succión persistentes, presentando un éxito de tratamiento por encima de 80%. Según algunos autores, el tratamiento con este dispositivo suele tener éxito al cabo de un mes de tratamiento. En general se obtienen resultados ligeramente mejores en los niños con dentición decidua que en los niños con dentición mixta, lo se puede deberse a que el hábito en niños de menor edad está menos arraigado. Los niños responden mejor que las niñas. (Maya Hernandez, 2015)

4.4.5 Tratamiento farmacológico.

Son muy pocos los datos sobre el tratamiento con fármacos de este hábito. Ocasionalmente, se hace referencia a una sedación del niño y un tratamiento genérico de los trastornos obsesivos-compulsivos. No es recomendable la administración de fármacos a niños de corta edad cuando no son imprescindibles, por ser imprevisibles sus efectos sobre el crecimiento y desarrollo. (Maya Hernandez, 2015)

CAPITULO V

5.1 Prevalencia

En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado

La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento.

Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias. La utilizan normalmente los epidemiólogos, las personas encargadas de la política sanitaria, las agencias de seguros y en diferentes ámbitos de la salud pública.

$$P = \frac{N^{\circ} \text{ eventos}}{N^{\circ} \text{ individuos totales}}$$

5.2 Características de la prevalencia

- Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje.
- Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal.
- La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta una población susceptible, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios.
- En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración. Por ello es poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas.
- La prevalencia no debe confundirse con la incidencia. La incidencia es una medida del número de casos nuevos de una enfermedad en un período determinado. Podría considerarse como una tasa que cuantifica las personas que enfermarán en un periodo. La prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha de contracción de la enfermedad. Es decir, que con la prevalencia puede saberse en un determinado momento cuantos enfermos hay.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El enfoque es descriptivo porque se va analizar cómo se manifiesta un fenómeno y permite detallar el fenómeno estudiado. Es observacional ya que el investigador se limita a observar, medir y analizar determinadas variables.

De acuerdo al periodo y secuencia, el estudio es transversal porque la recolección de información en los niños con hábitos bucales se realizará en un momento específico.

UNIVERSO

El universo está conformado por 317 niños, de las Escuelas: “Escuela Fiscal José Rafael Arizaga Vega” “Escuela Ramón Burneo de Educación Básica” “Institución Educativa de EB Pompilio Reinoso Jaramillo”. ubicadas en el Barrio Motupe de la ciudad de Loja período marzo- julio 2016.

MUESTRA

La muestra estuvo determinada por 229 niños de 4-10 años de las escuelas mencionadas anteriormente. Cuyos padres firmaron el consentimiento informado y estuvieron dispuestos a participar de la investigación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Fueron partipes de este estudio:

- Todos los niños cuyos padres aceptaron la participación a través de la firma del consentimiento informado.
- Niños en la edad comprendida entre 4 a 10 años
- Niños legalmente matriculados
- Niños con buen estado de salud general.
- Niños que no se encuentren bajo tratamiento médico habitual
- Niños que asistan normalmente a clases.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Fueron excluidos del estudio todos los niños que no cumplían con los criterios de inclusión.

PROCEDIMIENTO

En la fase organizativa se realizó una reunión con los directivos de cada una de las escuelas, “Escuela Fiscal José Rafael Arizaga Vega” “Escuela Ramón Burneo de Educación Básica” “Institución Educativa de EB Pompilio Reinoso Jaramillo”. Para dar a conocer el objetivo del estudio. Luego se informó a los padres, tutores o representantes de los niños acerca de la investigación, luego de explicarles en qué consistía y que no poseía riesgo ni daño alguno para la salud de los niños se les pidió a quienes estuvieron de acuerdo firmaran un consentimiento informado, para que los niños participaran de la investigación.

El estudio de campo se realizó en dos fases: una clínica y la aplicación de la encuesta. En la fase clínica se realizó a cada participante una exploración intraoral y extra oral con la finalidad de encontrar características que determinen la presencia de hábitos bucales deformantes, se registró la información en una ficha clínica en lo que respeta a edad, género, frecuencia, presencia o no de hábitos bucales como: succión digital,

deglución atípica, onicofagia, queilofagia, uso de chupetes y biberones, respiración bucal (anexo 5). Así también se realizó un registro fotográfico intraoral (oclusales superior e inferior; en oclusión frontal, y laterales derecha e izquierda) a los niños con presencia de hábitos bucales deformantes.

En la segunda fase se aplicó una encuesta dirigida a los padres de los niños, constituida por cuatro preguntas las cuales estaban direccionadas a corroborar los posibles hábitos que presentan los niños como: si se muerde o no las uñas, si succiona o no el dedo, si se muerde o no el labio entre otras; por otra parte el tipo de lactancia (materna o artificial), el ambiente familiar, peso del niño al nacer y edad de la madre al dar a luz.

Una vez obtenidos los datos fueron ingresados en el programa Excel 2013, en el cual se elaboró una tabla de datos y los resultados fueron presentados en diagramas de barras para sus respectivos análisis

Para obtener la prevaecía se utilizó la siguiente formula.

$$P = \frac{N^{\circ} \text{ eventos}}{N^{\circ} \text{ individuos totales}}$$

P= Prevalencia

N de eventos=niños que presentan hábitos bucales deformantes.

N de individuos totales= total de la población de las tres escuelas del barrio Motupe

P= 76 niños con presencia de hábitos bucales/317 niños de las tres escuelas= 0.24

Se define como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado, y se denomina únicamente como prevalencia (p). Como todas las proporciones, no tiene dimensiones y nunca puede tomar valores menores de 0 o mayores de 1. A menudo, se expresa como casos por 1 000 o por 100 habitantes.

$0.24 \times 100 = 24$ este indicador nos quiere decir que de cada 100 niños 24, padecen hábitos bucales deformantes en un determinado momento.

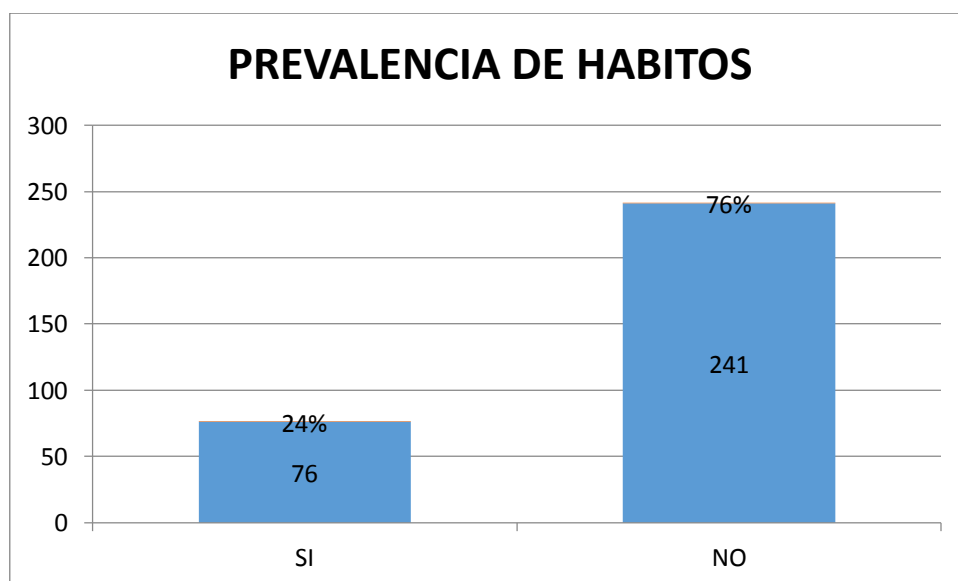
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1 prevalencia de hábitos bucales deformantes.

PREVALENCIA DE HABITOS	N	%
SI	76	24%
NO	241	76%
TOTAL	317	100%

$$P = 76/317 = 0,24$$

Gráfico 1 prevalencia de hábitos bucales deformantes.



Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Ana Castillo

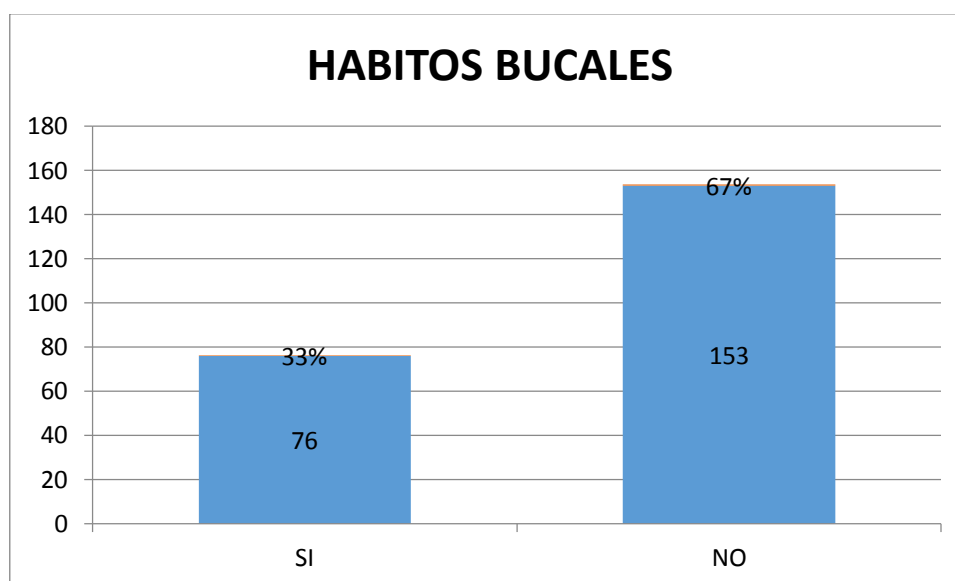
Análisis e interpretación

De la población total que corresponde a 317 de las tres escuelas del barrio Motupe, se observó que 24% (N=76) de los niños presentan hábitos bucales deformantes, lo que nos da una prevalencia de 0,24.

Tabla # 2 Presencia de hábitos bucales deformantes

HABITOS	N	%
SI	76	33%
NO	153	67%
TOTAL	229	100%

Gráfico # 2 Presencia de hábitos bucales deformantes



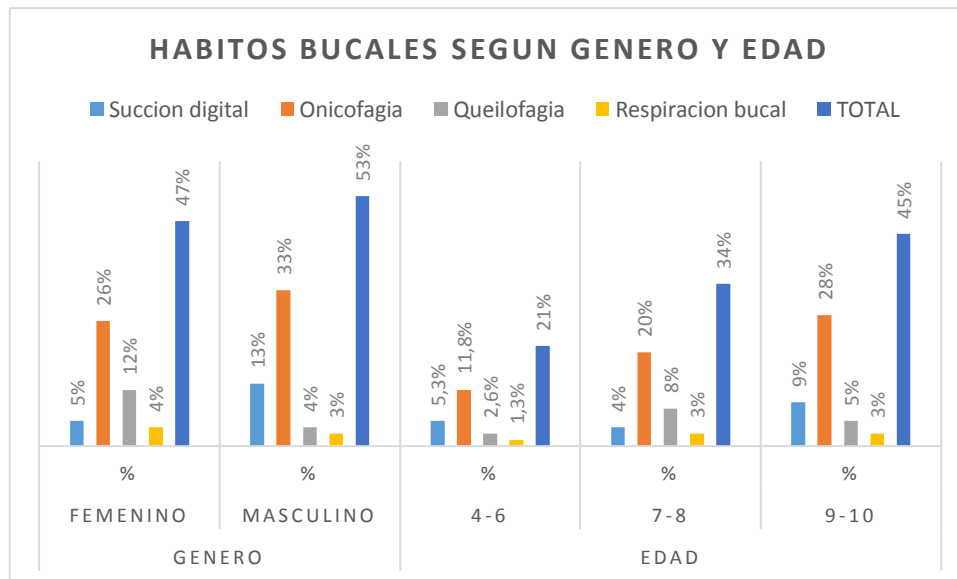
Análisis e interpretación

Del total de las historias clínicas aplicadas se determinó que 76 niños que corresponde el 33% de los niños presentan hábitos bucales deformantes, mientras que 153 niños que corresponde al el 67% no presenta hábitos bucales deformantes.

Tabla 3 hábitos bucales deformantes según edad y genero

HABITOS FRECUENTES	GENERO				EDAD					
	FEMENINO		MASCULINO		4-6		7-8		9-10	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Succión digital	4	5%	10	13%	4	5,3%	3	4%	7	9%
Onicofagia	20	26%	25	33%	9	11,8%	15	20%	21	28%
Queilofagia	9	12%	3	4%	2	2,6%	6	8%	4	5%
Respiración bucal	3	4%	2	3%	1	1,3%	2	3%	2	3%
TOTAL	36	47%	40	53%	16	21%	26	34%	34	45%

Gráfico 3 hábitos bucales deformantes según edad y genero



Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Ana Castillo

Análisis e interpretación

En el presente estudio se encontró en el género masculino un porcentaje de 53% (N=40) de niños con presencia de hábitos bucales deformantes, mientras que en el sexo femenino se encontró un porcentaje de 47% (N=36) niñas con presencia de hábitos.

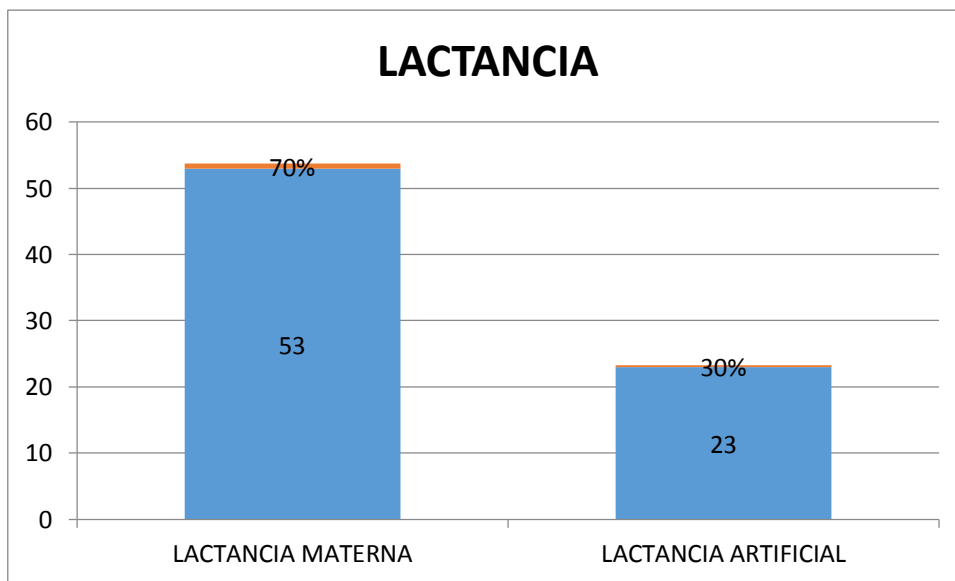
Luego de analizar las historias clínicas aplicadas se determinó. Que los hábitos bucales deformantes predominaron en la edad de 9-10 años con un porcentaje de 45% (N=34) seguido de la edad de 7-8 años con un 34% (N=26) y luego la edad de 4-6 años con un porcentaje de 21% (N=16).

CAUSA DE LOS HABITOS BUCALES DEFORMANTES

Tabla 4 Lactancia materna exclusiva

	N	%
LACTANCIA MATERNA	53	70%
LACTANCIA ARTIFICIAL	23	30%
TOTAL	76	100%

Gráfico 4 Lactancia



Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana Castillo

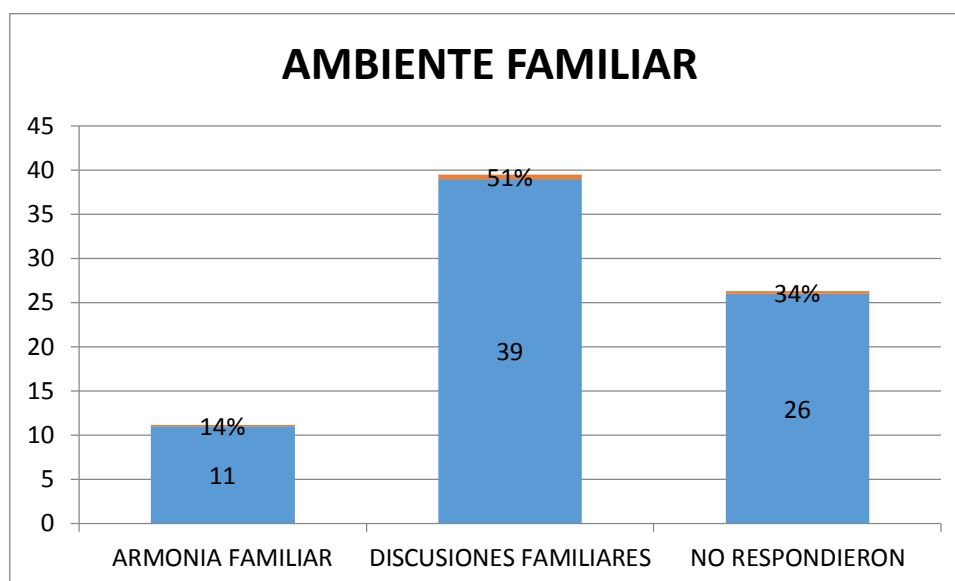
Análisis e Interpretación

De acuerdo a la encuesta aplicada a los padres de los niños con presencia d hábitos bucales deformantes se determinó que el 70%(N=53) recibieron lactancia materna, y el 30%(N=23) recibieron lactancia artificial.

Tabla 5 Ambiente familiar del niño

AMBIENTE FAMILIAR	N	%
ARMONIA FAMILIAR	11	14%
DISCUSIONES FAMILIARES	39	51%
NO RESPONDIERON	26	34%
TOTAL	76	100%

Gráfico 5 Ambiente familiar del niño



Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana Castillo

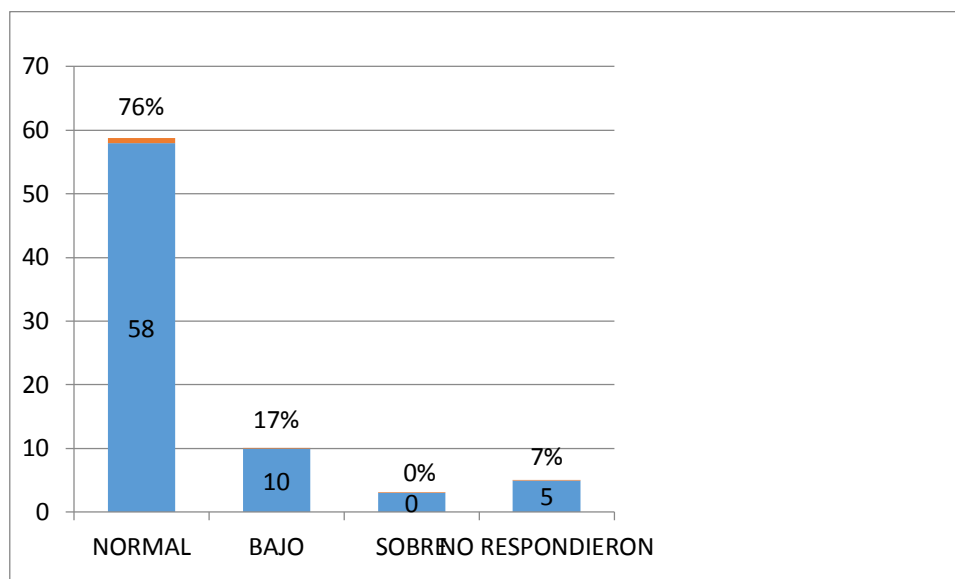
Análisis e Interpretación

De los niños que presentan hábitos bucales deformantes el 14% (N=11) de los niños tiene armonía familiar, el 51% (N=39) manifestó que convive en un hogar con discusiones, mientras que el 34% (N=26) no respondieron a esta pregunta.

Tabla 6 Peso del niño al nacer

PESO AL NACER	N	%
NORMAL	58	76%
BAJO	13	17%
SOBREPESO	0	0%
NO RESPONDIERON	5	7%
TOTAL	76	100%

Gráfico 6 Peso del niño al nacer



Fuente: encuesta

Elaborado por: Ana Castillo

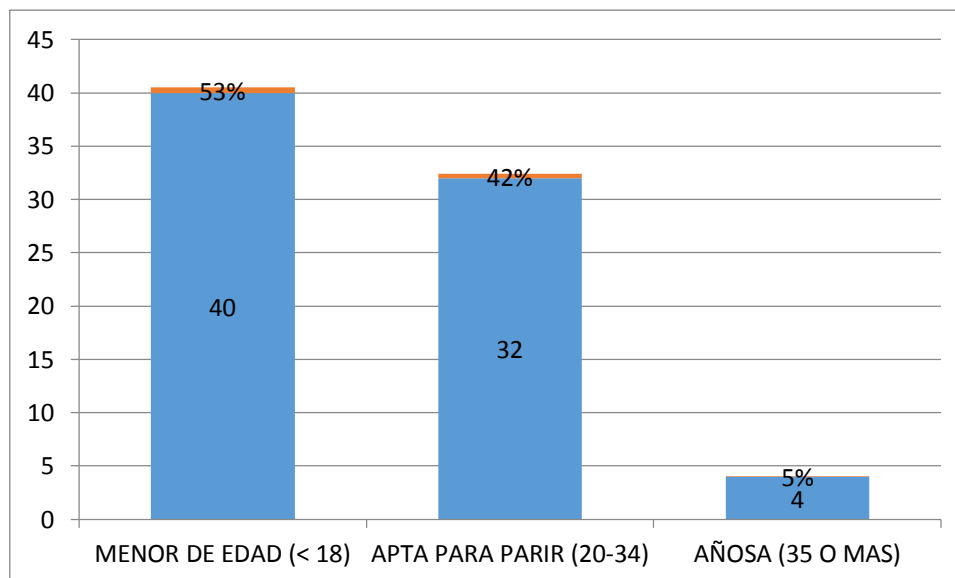
Análisis e Interpretación

Del total de los niños que presentaron hábitos bucales deformantes el 76% (N=58) presento un peso normal al nacer, un 13% (N=10) presento bajo peso y un 4% (N=3) presentaron sobrepeso y un 7% (N=5) no supo responder a esta interrogante.

Tabla 7 Edad de la madre al dar a luz

EDAD MADRE AL PARIR	N	%
MENOR DE EDAD (< 18)	40	53%
APTA PARA PARIR (20-34)	32	42%
AÑOSA (35 O MAS)	4	5%
TOTAL	76	100%

Gráfico 7 Edad de la madre al dar a luz



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Ana Castillo

Análisis e Interpretación

Del total de encuestas aplicadas a los niños de las 3 escuelas del barrio Motupe que presentan hábitos bucales deformantes se conoció que la edad de sus madres al parir fue: menores de 18 en un 53% (N=40), apta para dar a luz de 20-34 años un 42% (N=32), añosa 35 o más años en un minino porcentaje del 5% (N=4).

7. DISCUSIÒN

En la presente investigación los hábitos bucales deformantes que predominaron fue la onicofagia con un 59% seguido de la succión digital con un 18%, coincidiendo con investigadores como, (Reyes y Torres 2014) Facultad de Ciencias Médicas de Granma,

Manzanillo, Granma, Cuba. Que observaron un predominio de la onicofagia con el 63%. Sin embargo. Mora (2010) Medisan v.14 n.1 Santiago de Cuba 1/ene/2010 difiere de lo obtenido en nuestra investigación ya que planteó una primacía de la deglución atípica con el 53%. Así mismo, (Medina y cols, 2014) Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría julio 2014; observaron en su investigación un número superior de niños con Succión Digital seguido de la Respiración Bucal con el 41.3% y 33.3% respectivamente de manera general en todos los estudiados.

En la presente investigación el género que predominó en los hábitos bucales deformantes fue del género masculino con un 53%; mientras que en la edad hubo predominio en los niños de 9 a 10 años con un 45%; estos resultados variaron con lo expuesto por otros autores (Reyes y Torres, 2014) Facultad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Granma, Cuba. Quienes manifiestan que los hábitos bucales deformantes se presentaron en el sexo femenino en un 60,5 %; en la edad de 9 años con 37,2%. De la misma manera en el estudio de Rodríguez y Pérez, (2007) Rev Cubana Estomatológica, Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007 se pudo evidenciar la presencia de los hábitos bucales deformantes en el género masculino con un 59.7% de los estudiados; sin embargo, difiere con el grupo de edad considerando el más numeroso de 6 a 7 años (49.4%). Sáenz, (2007) universidad autónoma de nuevo león facultad de odontología subdirección estudios de posgrado de Odontopediatría. Manifestó que la mayoría de hábitos bucales deformantes se encontró en niños de 5 años con 29.8%, proporcionando resultados diferentes especialmente en edad.

En cuanto a los factores de riesgo valorados en esta investigación se pudo evidenciar que: la lactancia materna predominó con un 70% y en menor porcentaje la lactancia artificial con un 30%. Resultados que concuerdan con la investigación de (Reyes y Torres 2014) Facultad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Granma, Cuba. En donde se

determina como factor de riesgo a la lactancia materna con un 85%, y un 15% a la lactancia artificial.

En el estudio de Reyes y Rosales (2007) Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años en la Policlínica “René Vallejo Ortiz Cuba. Se encontró un predominio de la lactancia artificial con 63.3%, siendo considerado este un factor potencial en la aparición de los hábitos bucales deformantes.

En el presente estudio se observó un funcionamiento familiar no armónico en un 51%. La explicación radica en las discusiones entre los padres. Lo que concuerda con lo expresado por Reyes y Rosales (2007) Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica “René Vallejo Ortiz”. Manzanillo donde predominó el funcionamiento familiar no armónico con un 63.3 %, estos autores sostienen que el niño que no está realizado en un ambiente familiar agradable tiene mayores posibilidades de desarrollar hábitos bucales deformantes. Reyes y Torres (2014) Facultad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Granma, Cuba. En su investigación encontraron predominó de un funcionamiento familiar de tipo no armónico en un 62,8% factor que incide de manera notable en la aparición de los hábitos bucales deformantes en los niños.

En el presente estudio se evidencio un predominio de peso normal con un 76%, 17% con bajo peso; Concordando con Reyes y Rosales (2007) en su estudio factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica “René Vallejo Ortiz Manzanillo encontraron en su estudio un 70 % de peso normal seguido de un 36.3% correspondiente al bajo peso. Reyes y Torres (2014) Facultad de Ciencias Médicas de Granma, Cuba. Al analizar el peso del niño al nacer en su estudio, predominó el normo peso con 61,1% y el bajo peso con un 37% pues argumentan que el recambio materno

fetal de nutrientes y energía, constituye la garantía fundamental de un crecimiento y desarrollo normal en la etapa prenatal, y es un buen punto de partida para el recién nacido en la etapa posnatal.

En el presente estudio con respecto a las variables socio biológicas con un 53% se encuentran madres con una edad menor a 20 años, seguido con un 42% que corresponde a madres entre 20 a 34 años de edad. Lo que difirió de Reyes y Rosales (2007) en su estudio de Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica “René Vallejo Ortiz, Cuba. Predominó el grupo de 20 a 34 años que son madres consideradas aptas para dar a luz, el resto se encuentra entre las menores de 20 años con 30 % las mismas que se considera un factor de riesgo, lo que influye junto a otros factores en la aparición de los hábitos, pues los hijos a edades tempranas no son atendidos de igual forma que cuando se tienen entre los 20 y los 34 años, pues ya hay más experiencia y conciencia al momento del cuidado.

8. CONCLUSIONES

- La prevalencia de hábitos bucales deformantes fue de 0.24

- De acuerdo a la edad los hábitos bucales deformantes, se presentaron mayormente en las edades de 9-10. Según el género, tanto en niños como niñas predominó la Onicofagia como hábito bucal deformante.
- Mediante la encuesta aplicada a los padres de familia se pudo establecer como factores de riesgo asociados a los hábitos bucales deformantes, factores biológicos y psicológicos como: bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, edad de la madre al dar a luz y ambiente familiar.

9. RECOMENDACIONES

- En razón de que no existen suficientes investigaciones sobre hábitos bucales deformantes se recomienda realizar estudios implementando métodos de diagnóstico más precisos; como modelos de diagnóstico, examen clínico más exhaustivo los mismos que permiten determinar y analizar las características de las alteraciones dentoalveolares producidas por los hábitos bucales deformantes.
- Realizar actividades de Promoción de Salud para elevar el nivel de conocimiento en los padres para una detección temprana de hábitos bucales deformantes y sus efectos perjudiciales sobre el desarrollo la dentición temporal y permanente.
- Diagnosticar y tratar precozmente la presencia de los hábitos bucales deformantes para prevenir y tratar las alteraciones de la oclusión dentaria desde edades tempranas.
- Llevar a sus hijos al centro de salud más cercano para que reciban atención periódica por parte de un odontólogo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Academy, A., & Dentistry, P. (julio de 2010). *Succión del pulgar, del dedo o chupon(chupete)*.

Obtenido de http://cchp.ucsf.edu/sites/cchp.ucsf.edu/files/thumbssp071807_adr.pdf

Acevedo Sierra, O., Mora Pérez, C., Capote Femenías, J., Rosell Silva, C., & Hernández Núñez, Y.

(abril de 2011). *Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años*

portadores de hábitos bucales deformantes. Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000200006

Alarcón A., A. M. (28 de 4 de 2013). *DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN DE LA LITERATURA*. Obtenido

de *DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN DE LA LITERATURA:*

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp>

Alarcón, A., & Noriega, M. (25 de mayo de 2012). *DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN DE LA*

LITERATURA. Obtenido de *DEGLUCIÓN ATÍPICA: REVISIÓN DE LA LITERATURA:*

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp>

Álvarez Utria, A., & González Rodríguez, Y. (octubre de 2015). *Prevalencia de hábitos deformantes*

bucales. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000100007)

[18242011000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000100007)

Apaza-Ramos, S., Torres-Ramos, G., Blanco, D., & Antezana, V. (junio de 2015). Influencia de los

factores bsociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida

de adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Herediana.*, 88.

Barbosa, N., & Bonifácio, J. (17 de marzo de 2013). *AMAMANTAMIENTO Y HÁBITOS DE SUCCIÓN*

NO NUTRITIVOS: UN ESTUDIO DE COHORTE. Obtenido de

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art1.asp>

Barrios Núñez, F., Rodriguez, L., & Mileo, L. (marzo de 2014). *Aporte del pediatra en la prevención*

de la mordida abierta anterior. Obtenido de *Aporte del pediatra en la prevención de la*

mordida

abierta

anterior:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100006

C, L., & I., T. (junio de 2011). *CARACTERISTICAS FACIALES Y DENTARIAS DE LA RESPIRACION ORAL*.

Obtenido de *CARACTERISTICAS FACIALES Y DENTARIAS DE LA RESPIRACION ORAL*:

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

Cervera, J. y., & Ygual. (febrero de 2010). *GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEGLUCION ATIPICA*.

Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-
logo/guia_para_evaluar_la_deglucion_atipica.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/guia_para_evaluar_la_deglucion_atipica.pdf)

clinica-DAM. (11 de mayo de 2016). *Estrés en niños*. Obtenido de

<https://www.clinicadam.com/salud/5/002059.html>

Corrales León, A., Duque Alberro, Y., Serrano Fernández, D., & Crespo González, J. (NOVIEMBRE de 2014). *Tratamiento de hábitos bucales deformantes con técnica de auriculoterapia*.

Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-
31942014000600010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000600010)

Enrique.R.D, RosalesR.K, Roselló.S.O, & García .A.D. (abril de 2013). *Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz"*.

Obtenido de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-
63652007000300013](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000300013)

Fajardo, M. (15 de agosto de 2016). *Hábitos deformantes del complejo dentomaxilofacial y sus manifestaciones clínicas*. Obtenido de [http://uvsfajardo.sld.cu/34-habitos-deformantes-
del-complejo-dentomaxilofacial-y-sus-manifestaciones-clinicas](http://uvsfajardo.sld.cu/34-habitos-deformantes-del-complejo-dentomaxilofacial-y-sus-manifestaciones-clinicas)

Ferro, T., & Castilla, J. (julio de 2010). *Aspectos psicológicos de la Onicofagia en los Estudiantes de 2do año de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela*. Obtenido

de Odontopediatria: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art1.asp>

Fuguet.B.J, Betancourt.G.A, & Ochoa.J.L. (octubre de 2014). *Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500004

García, D. C. (febrero de 2012). *hábitos orales*. Obtenido de hábitos orales: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

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

González.M.F, Guida.G, Herrera.D, & quiros. (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*. . Obtenido de 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. : <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

Green.A, & Obregon.B. (2011). *Las causas de la inmadurez emocional*. Obtenido de http://www.ehowenespanol.com/causas-inmadurez-emocional-hechos_122574/

Hatta, C., Kaori, R., & Furuki, A. (mayo de 2010). *frecuencia del hábito de succión digital y características*. Obtenido de <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/16.1/RM.16.1.04.pdf>

hellesvig-gaskell, K., & Aldana, A. (enero de 2016). *Inmadurez emocional en niños pequeños*. Obtenido de http://www.livestrong.com/es/inmadurez-emocional-ninos-info_4931/

Hershey, M. (mayo de 2014). *American Academy of Pediatrics*. Obtenido de <http://www.healthychildren.org/English/healthy-living/emotional-wellness/Pages/Helping-Children-Handle-Stress.aspx>. Accessed on May 14, 2014.

Johnson García, N. (2013). hábitos orales comunes. *revista latinoamericana odontosalud*, 55.

León Alfonso, J., Carvajal Roque, Y., Pérez Hermida, N., & Rodríguez, m. (enero de 2014). *Hábitos*

bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo. Obtenido de CLÍNICA

ESTOMATOLÓGICA

DOCENTE:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_no2_14/pdf/T8.pdf

Lugo, C., & Toyo, I. (2011). HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN

EN LAS MALOCLUSIONES. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*, 2.

Marchesan Queiroz, I. (julio de 2012). *DEGLUCIÓN DIAGNÓSTICO Y POSIBILIDADES TERAPEÚTICAS*.

Obtenido

de

<http://www.cefac.br/library/artigos/780fdf14277b1af07db1a4926024c68f.pdf>

Marchesan, I. Q. (febrero de 2012). *Deglución diagnostico y posibilidades terapeuticas*. Obtenido

de Deglución diagnostico y posibilidades terapeuticas:

<http://www.cefac.br/library/artigos/31af4e64637e7e8a38e85169f7188c3f.pdf>

Martinez, L., Diaz Gonzalez, E., Garcia Tornel, S., & Gaspa, J. (julio de 2013). *Uso del chupete:*

beneficios y riesgos. Obtenido de

https://www.researchgate.net/publication/257681588_Uso_del_chupete_beneficios_y_ri

[esgos](https://www.researchgate.net/publication/257681588_Uso_del_chupete_beneficios_y_ri)

martinez, r. (2015). *españa*.

Maya Hernandez, B. (diciembre de 2015). *tratamiento de succion digital*. Obtenido de

<http://www.iqb.es/monografia/fichas/ficha047.htm>

Maya.H.B. (febrero de 2011). *Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de*

hábitos bucales incorrectos. Obtenido de

http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord04200.htm

- Mora Morales, C. (mayo de 2012). *PREVALENCIA DE HABITOS ORALES EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS*.
Obtenido de PREVALENCIA DE HABITOS ORALES EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS:
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30920/1/MoraMorales.pdf>
- Murrieta, J., Allendelagua, R., Pérez, L., Juárez, L., & Linares, C. &. (febrero de 2011). *Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México*. Obtenido de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100004
- Narvéez Sierra, M., Muñoz Eraso, Y., Villota Bravo, D., & Chamorro.A., M. (Diciembre de 2010). *HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 6-10 AÑOS DE LA ESCUELA ITSIN DE SAN JUAN DE PASTO*.
Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100004
- Navarro Napoles, J., & Duharte Escalante, A. (enero de 2011). *La lactancia materna y su relación con los hábitos bucales incorrectos*. Obtenido de
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san03203.htm
- Navarro, & Sanz., R. G. (Enero de 2011). *Estudio epidemiológico de salud bucodental en una población infantil-adolescente de Castilla-La Mancha*. Obtenido de
<http://www.mdconsult.internacional.edu.ec:2071/lib/bibliovirtualuidesp/reader.action?docID=10450130&p00=odontologia&ppg=9>
- Navas Garcia, C. (febrero de 2012). *HÁBITOS ORALES*. Obtenido de HÁBITOS ORALES:
http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf
- Neivas Camargo, T., & Corrêa Brum, S. (2011). Avaliação de Impeditivo Resinoso para o Hábito de Onicofagia. *Revista Pró-UniverSUS*, 6.
- Nolasco Torres, A. (2013). *NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL Y ESTADO EPIDEMIOLOGICO BUCAL EN ACTORES SOCIALES DE LA COMUNIDAD EN REGIONES DE*

ANCASH, LA LIBERTAD Y NORTE DEL PAÍS DURANTE LOS AÑOS 2012. Obtenido de <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/10/162855/16285520140630073225.pdf>

Ocampo Parra, A., Johnson García, N., & Lema Álvarez, A. (febrero de 2013). Obtenido de Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>

Ocampo Parra, A., Johnson García, N., & Lema Álvarez, M. (diciembre de 2013). *Hábitos orales comunes revisión de literatura. Parte I.* Obtenido de <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>

Ojeda Léonard, C., Espinoza Rojo, A., & Biotti Picand, J. (2014). Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. *revista clinica de periodoncia, implantologia y rehabilitacion oral*, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000100009.

OMS. (2012).

P, E. R. (2007). ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA. *revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*, http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/estudio_de_la_relacion_deglucion_atipica_y_dislalia.pdf.

Pavon.C.M, Puig.R.L, C., & Labrada.M.S. (s.f.). TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS ALTERNATIVOS PARA ELIMINAR EL HÁBITO DE SUCCIO DIGITAL COMPLICADA. *Revista "Archivo Médico de Camagüey"*.

Rodríguez Pérez, C. M., Martínez, F., & Fernández., R. L. (enero de 2011). *Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes.* Obtenido de

Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes: <http://eprints.uanl.mx/3036/1/1080224677.pdf>

Quiñones, M., Benitez, P., & Torres, S. (septiembre de 2011). *Estado nutricional. Su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en niños*. Obtenido de Estado nutricional. Su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en niños: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000300002

Reyes.R.D, Quesada.O.L, & Labrada.E.H. (mayo de 2014). *Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003

ReyesR.D, PanequeG.M, & Almeida.M.Y. (2014). *Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años: estudio de casos y controles*. Obtenido de <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5927?ver=sindisenio>

Riesgo, Y. C., Rodríguez, S., Crespo, M., & Lobaina, Y. (9 de enero de 2010). *Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre"*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000100001

Rodríguez Chala, H., Ariosa Padilla, M., & Cabarco Rivero, R. (2015). *Hábitos bucales deformantes en niños de 6 a 11 años*. Obtenido de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/habitos-bucal-deformantes/>

Romagosa, D., Rosales, k., Salcedo, O., & Garcia., M. (julio de 2014). *Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz*. Obtenido de Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5499505>

- Romagosa, R., Enrique, D., Pérez, T., Quesada, & Estrada., M. F. (mayo de 2014). *MEDISAN*.
Obtenido de Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003
- Romero Maroto, M., & Romero Otero, P. (enero de 2015). *tratamiento de la succion digital en denticion temporal y mixta*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n1/clinico1.PDF>
- Ruiz.O, & Estupinan, S. (abril de 2012). *Salud del Niño y del Adolescente Salud Familiar y Comunitaria*. Obtenido de Salud del Niño y del Adolescente Salud Familiar y Comunitaria:
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/si-oral1.pdf>
- Sánchez, Z., Hidalgo, I., Duque.J, & Pérez, J. (2012). *Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes* . Obtenido de
http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est07407.htm
- Sánchez, Z., Hidalgo, I., Riveron, J., & Quiñones, J. (enero de 2010). *Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes*. Obtenido de
<http://scielo.sld.cu/pdf/est/v44n4/est07407.pdf>
- Saenz , M., Narváez, Eraso, Y. A., Bravo, C., & Villota. (2 de agosto de 2013). *HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 6-10 AÑOS DE LA ESCUELA ITSIN DE SAN JUAN DE PASTO*. Obtenido de
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v12n1/v12n1a04.pdf>
- Simoës Andrade, N. (2015). *Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura* . Obtenido de
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art2.asp>
- Torrevieja, G., & Asunta, M. (30 de ENERO de 2015). *USO DEL BIBERÓN Y DEL CHUPETE.BENEFICIOS Y RIESGOS*. Obtenido de <http://lagranotaverda.com/wordpress/wp-content/uploads/2015/01/FOLLETO-INFORMATIVO-E.P.-III.-USO-DEL-BIBER%C3%93N-Y-EL-CHUPETE.pdf>

Vera, A., Chacón, E., & Ulloa, R. (enero de 2013). *ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA, MORDIDA ABIERTA.* Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/estudio_de_la_relacion_deglucion_atipica_y_dislalia.pdf

11. ANEXOS

ANEXO. 1 PROBLEMÁTICA

Los hábitos bucales deformantes son aquellos que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.

Muchos de ellos son características innatas del individuo, y otros adquiridos. La supervivencia del recién nacido depende de una succión oral instintiva, que le permite una satisfacción nutricional y le proporciona una sensación de bienestar y seguridad, pues le sirve de intercambio con el mundo exterior. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño a lo largo de su vida irá creando sustitutos, por ejemplo, tiende a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o puede ponerse objetos extraños en la boca, morderse las uñas, el pelo, el brazo o el labio.

Por su etiología pueden ser instintivos, placenteros, defensivos, hereditarios, adquiridos e imitativos. Algunos autores opinan que también intervienen factores psicológicos pues muchos niños, frente a las perturbaciones emocionales, toman el hábito como medio de liberación de tensiones y llega a convertirse en una clara defensa contra los sentimientos de inseguridad, falta de amor y angustias.

Los hábitos orales adquiridos en niños se han atribuido a la falta de atención de los padres, momentos de estrés, frustración, fatiga, aburrimiento, violencia intra-familiar, inmadurez emocional, ambiente y hasta el ingreso de un nuevo integrante a la familia.

Por otro lado, se ha observado que hábitos como la succión no nutritiva puede desaparecer con el paso de los años, o por el contrario, puede continuar y potencialmente inducir a anomalías dento-alveolares.

La práctica de los hábitos bucales deformantes puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático, y como consecuencia de ello anomalías del aparato masticatorio, tanto morfológicas como funcionales, conocidas como anomalías dentomaxilofaciales (ADMF).

El grado de alteración producida por un hábito dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del mismo. También es importante la edad en que se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que en edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable. Algunos autores se han referido a la relación existente entre los hábitos deformantes y las anomalías dentomaxilofaciales.

Según el estudio de Onyeaso y Sote en niños de Nigeria en 2002, la prevalencia de hábitos orales de 3 a 5 años de edad es 13.14%.

Entre los tipos de hábitos que se presentan con frecuencia en la población infantil, según investigaciones realizadas en niños del norte de la India y otras poblaciones de Sur América en edades de 5 a 10 años son empuje lingual en 18.1%, respiración oral en 6.6%, y succión digital en un 0.7%.

Al referirnos a la succión del tete, muy común en edades tempranas, citamos que en la Universidad Médica de Georgia se encontró que el uso del tete podía causar efectos negativos como resalte aumentado, sobrepase aumentado y posibilidad de mordida cruzada posterior. Además según los estudios de Vandas en niños de Grecia en 2002 y de Farsi, en 2004 en Arabia Saudita hábitos como la succión digital, onicofagia o bruxismo se asocian con desórdenes temporomandibulares. La succión digital también podría transformarse en hábitos más perjudiciales para la salud como es el, o el morder objetos extraños, que pueden alterar la salud oral del paciente o su estado sistémico en general.

En el 2002, Bosnjak identificó que el hábito más frecuente fue morder objetos u onicofagia (28,07%), succión digital (18,42%), empuje lingual (17,25%) y morderse los labios o carrillos (16,96%). Un estudio realizado en México en el 2009 encontró una incidencia de un 35% en el hábito de onicofagia, siendo este el hábito más frecuente, seguido por la succión digital (8,5%) y succión labial (8%).

Estos hábitos no tienen un comportamiento definido, su prevalencia es tan variable que se han reportado tasas de prevalencia desde 0.29 en la India hasta 0.76 en Cuba. En cuanto a la edad, este tipo de hábitos se manifiesta de forma temprana; algunos de ellos, como la succión digital y el hábito lingual, se han relacionado significativamente con esta variable. En relación con el género se ha observado una mayor prevalencia en niñas; sin embargo, no en todos los reportes se presenta esta misma prevalencia.

En un estudio realizado en Chile donde se involucran niños de 3 a 6 años de edad, se plantea que la succión del biberón es el hábito que más prevalece en estas edades. Estos resultados son similares a los nuestros, donde hubo un predominio de este hábito en ambos grupos de edad; en orden decreciente le siguió la protracción lingual, donde se observó que los niños de menor edad eran los más afectados.

En otras investigaciones realizadas con niños mexicanos se observa que hay un predominio del hábito de onicofagia en el sexo femenino, resultado que no se corresponde con el nuestro, donde es el uso del biberón el que más se destacó en las féminas y en menor porcentaje en los varones. Resultados diferentes obtiene Suárez, donde es la succión digital el que más prevalece en ambos sexos seguido de la onicofagia.

Estudios realizados en esta década en nuestro país plantean que la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. De un total de 1,197 encuestados en 1998 en las edades de

5,12,15 años el porcentaje de afectados fue de 29 %, 45 % y 35 % respectivamente para un total de 36,3 %. El sexo más afectado fue el femenino (52,6 %), y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas.

La prevalencia de hábitos orales nocivos en los niños de en la comunidad Callazay, Parroquia Mariano Moreno del Cantón Guacaleo Provincia del Azuay - Ecuador, año 2014 estudiados ha resultado ser muy alta, ya que el 44.92 % presentaba al menos uno de los hábitos considerados.

En este sentido, el estudio de Baydas, en 2007 en niños de una población Turca, muestra que la presencia de enterobacterias fue estadísticamente significativa en quienes tuvieron onicofagia.

En relación con la frecuencia el hábito de succión digital está presente en más de 50% de los niños pequeños; resulta tan común en la infancia que llega a ser considerado normal hasta los 18 meses. La prevalencia también es muy variable ya que se han reportado tasas de prevalencia desde 0.07 en la India hasta de 0.72 en Suecia, y generalmente es más frecuente en niñas. La relevancia radica en que se le ha asociado muy frecuentemente con la presencia de mordida abierta anterior. En cuanto a la succión labial se presenta en pacientes con maloclusiones acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital, no obstante, su prevalencia es mucho menor.

Debido a la deficiente información acerca de los hábitos bucales deformantes y como consecuencia de ello, tiene efecto importante en su calidad de vida a tan corta edad. Por ello en el presente estudio se ha planteado investigar: prevalencia de hábitos bucales.

ANEXO 2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la presencia de hábitos bucales deformantes en niños, de tres escuelas del Barrio Motupe de la ciudad de Loja período marzo- julio 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia de los hábitos bucales deformantes en niños de las tres escuelas del Barrio Motupe de la ciudad de Loja período marzo- julio 2016.
- Identificar cuáles son los hábitos bucales deformantes más frecuentes según edad y sexo en los niños, de tres escuelas del Barrio Motupe de la ciudad de Loja período marzo- julio 2016.
- Conocer cuáles son las causas de los hábitos bucales deformantes en niños, de tres escuelas del Barrio Motupe de la ciudad de Loja Período marzo- julio 2016.

ANEXO 3. JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual se decidió realizar el siguiente trabajo de investigación fue para conocer más ampliamente la prevalencia de este problema de salud bucal, ya que es de suma importancia dar a conocer a los padres sobre esta situación y crear conciencia sobre la prevención para así prevenir los malos hábitos bucales en una edad temprana y que en un futuro tenga una baja incidencia. Ya que ocasiona diversas alteraciones en el área del lenguaje, musculaturas, dentales Oseas y estética.

Los malos hábitos bucales aparecen en esa fase de desarrollo. Cuando eso sucede puede haber un desarrollo óseo-muscular alterado, con una descoordinación de funciones de labios, lengua y carrillos y una desviación de la oclusión ideal o normal. Pueden iniciar así los problemas de función oral relacionados al habla, deglución y respiración. Existen hábitos bucales nocivos que pueden alterar el patrón normal de crecimiento cráneo facial. Por eso es importante evitar su instalación más si no fuese posible tratar de minimizar al máximo sus efectos indeseables. Los hábitos nocivos más comunes que alteran el patrón normal de crecimiento dentofacial son los disturbios de succión digital y chupón.

Por todo lo antes expuesto, se decide realizar este trabajo de investigación y la aparición de los hábitos bucales deformantes, los resultados de esta investigación permitirán la profundización de los, constituyendo sus resultados un aporte teórico práctico que servirá de referencia para diseñar estrategias de intervención educativas que nos permitan en la Atención Primaria cambiar modos y estilos saludables en los niños contribuyendo a su salud bucal. Este estudio tiene importancia ya que permite determinar la prevalencia de un fenómeno importante durante la infancia, los hábitos bucales deformantes. Así mismo no se han encontrado estudios similares en la Escuela de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, de forma que este estudio proveerá nuevos datos sobre esta población.

El trabajo está orientado a los estudiantes de Odontología con el fin de que los resultados permitirán tener un mejor entendimiento sobre los Hábitos bucales deformantes, lo que será de gran ayuda para todos los futuros odontólogos para que se puedan ejecutar diversas alternativas que se reviertan en beneficios no solo para la ciencia odontológica sino también para el paciente.

Debido a la cantidad de niños con hábitos bucales deformantes, se vuelve necesario el conocer los factores de riesgo para así reducirlos al máximo y evitar sus consecuencias. Este conocimiento puede ser muy útil para identificar los grupos de bajo y alto riesgo, así como para la prevención secundaria, cuando se cuenta con los medios de detección precoz y tratamiento.

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, responsable de mi hijo /a:..... Después de haber sido informado correctamente y luego de no tener ninguna duda ni pregunta Autorizo a que mi hijo/a, se le realice un examen bucal, y de ser necesaria la realización de fotografías con fines odontológicos, pudiendo ser las mismas utilizadas en Proyectos de Investigación.

.....

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA

N° cédula:.....

ANEXO 5. FICHA CLINICA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA CLÍNICA

Fecha:.....

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos del niño:.....

Nombre Padre y/o responsable:.....

Edad:.....

Fecha de nacimiento:.....

Dirección:.....

PRESENCIA DE HABITOS BUCALES: SI () NO ()

Succión digital	
Deglución atípica	
Onicofagia	
Queilofagia	
Uso de chupetes y biberones	
Respiración bucal	

ANEXO 6. ENCUESTA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ODONTOLOGÍA

***ENCUESTA A LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON HABITOS BUCALES
DEFORMANTES.***

Encuesta.

Datos personales.

Nombre del niño: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Hábito bucal deformante presente:

____ El niño se chupa el dedo

____ el niño empuja la lengua al comer, se le escapan los alimentos al comer y mueve el
cuello

____ El niño se muerde las uñas

____ El niño se muerde el labio

____ el niño respira por la boca constantemente, se cansa con frecuencia.

____ el niño usa chupón o biberón

Por medio de la presente solicitamos su colaboración, una vez que ha accedido a cooperar
con el equipo de investigadores para obtener los siguientes datos:

1. ¿Dio usted Lactancia exclusiva a su hijo(a)? Sí____ No____

2. Sucesivo al nacimiento del niño hasta la fecha, en su hogar ha existido.

- ___ Armonía familiar.
- ___ Discusiones entre familiares.

3. Su niño tuvo al nacer un peso:

- ___ Normal.
- ___ Bajo peso.
- ___ Sobre peso.

4. Edad de la madre al dar a luz.

- ___ Menor de (>20)
- ___ Apta para dar a luz (20-34)
- ___ Añosa (35 y más).

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

ANEXO 7. FOTOS

REALIZACIÓN DE FICHA CLÍNICA



REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS



ENCUESTA A LOS PADRES DE FAMILIA



ANEXO 8. CASOS

CASO 1

EDAD: 9 AÑOS

SEXO: FEMENINO

HABITO BUCAL DEFORMANTE: ONICOFAGIA

CARACTERISTICAS CLINICAS: PEQUEÑA GIROVERSION DE INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES Y DESGASTE DE LOS BORDE INCISALES.



CASO 2

EDAD: 10 AÑOS

SEXO: FEMENINO

HABITO BUCAL DEFORMANTE: RESPIRACION ORAL

CARACTERISTICAS CLINICAS: PALADAR PROFUNDO, APIÑAMIENTO DENTAL, PUENTE NASAL AMPLIO



CASO 3

EDAD: 10 AÑOS

SEXO: MASCULINO

HABITO BUCAL DEFORMANTE: SUCCION DIGITAL

CARACTERISTICAS CLINICAS: VESTIBULARIZACION DE INCISIVOS SUPERIORES, PALADAR PROFUNDA.



CASO 4

EDAD: 10 AÑOS

SEXO: MASCULINO

HABITO BUCAL DEFORMANTE: QUEILOFAGIA

CARACTERISTICAS CLINICAS: MORDIDA PROFUNDA, LABIOS RESECOS



ANEXO 9. DOCUMENTACION

Loja, 9 de junio del 2016

Odt. Esp.
Susana González
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo Luz Amelia Gozalez con cédula de ciudadanía 1101435749, Directora de la Escuela fical "JOSE RAFAEL ARIZAGA VEGA" autorizo que la Srta. ANA KATHERINE CASTILLO JADAN, alumna del Décimo Módulo de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realice sus actividades en la institución que dirijo con fines educativos para que cumpla con su tema "HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS, DE TRES ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO MARZO- JULIO 2016".

. y que servirá para la preparación de Tesis necesaria para la obtención de su Titulo Universitario.

Atentamente



Lic. Luz Amelia Gozalez
C.I: 1101435749

DIRECTORA DE LA ESCUELA
"JOSE RAFAEL ARIZAGA VEGA"



Loja, 9 de junio del 2016

Odt. Esp.
Susana González
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, Gloria Davila Aguilar con cédula de ciudadanía 0701237695, Directora de la Escuela "RAMON BURNEO" autorizo que la Srta. ANA KATHERINE CASTILLO JADAN, alumna del Décimo Módulo de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realice sus actividades en la institución que dirijo con fines educativos para que cumpla con su tema "HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS, DE TRES ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO MARZO- JULIO 2016".

, y que servirá para la preparación de Tesis necesaria para la obtención de su Título Universitario.

Atentamente


Lic. Gloria Davila Aguilar
C.I: 0701237695
DIRECTORA DE LA ESCUELA
"RAMON BURNEO"



Loja, 9 de junio del 2016

Odt. Esp.
Susana González
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo Nanci Palmira Gallegos con cédula de ciudadanía **1101499323**; Directora de la Escuela de Educación Básica "24 DE MAYO" autorizo que la Srta. **ANA KATHERINE CASTILLO JADAN**, alumna del Décimo Módulo de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realice sus actividades en la institución que dirijo con fines educativos para que cumpla con su tema "HABITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS, DE TRES ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO MARZO-JULIO 2016", y que servirá para la preparación de Tesis necesaria para la obtención de su Título Universitario.

Atentamente


Mga. Nanci Palmira Gallegos
C.I: 1101499323
DIRECTORA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DE
EDUCACIÓN BÁSICA "POMPILO REINOSO JARAMILLO"


Loja, 14 de julio del 2016

Lic. Luz Amelia Gozalez
DIRECTORA DE LA ESCUELA FISCAL "JOSE RAFAEL ARIZAGA VEGA"

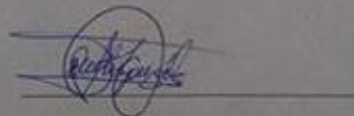
Ciudad.-

Certifico:

Que la Srta. ANA KATHERINE CASTILLO JADAN, alumna del Décimo Módulo de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, ha realizado con responsabilidad y dedicación la tesis de grado cuyo tema es "HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS, DE TRES ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO MARZO- JULIO 2016."

, desde el 1 de junio hasta el 29 de junio del presente año, en el establecimiento antes mencionado.

Atentamente



Lic. Luz Amelia Gozalez



Loja, 14 de julio del 2016

Lic. Gloria Davila Aguilar
DIRECTORA DE LA ESCUELA "RAMON BURNEO"

Ciudad.-

Certifico:

Que la Srta. ANA KATHERINE CASTILLO JADAN, alumna del Décimo Módulo de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, ha realizado con responsabilidad y dedicación la tesis de grado cuyo tema es "HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS, DE TRES ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO MARZO- JULIO 2016."

, desde el 1 de junio hasta el 29 de junio del presente año, en el establecimiento antes mencionado.

Atentamente




Lic. Gloria Davila Aguilar

C.I. 0701237695

Loja, 14 de julio del 2016

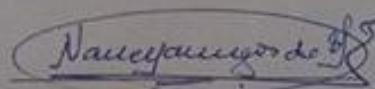
Lic. Nanci Palmira Gallegos Eras
DIRECTORA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DE EDUCACIÓN BÁSICA "POMPILIO REINOSO JARAMILLO"

Ciudad.-

Certifico:

Que la Srta. **ANA KATHERINE CASTILLO JADAN**, alumna del Décimo Módulo de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, ha realizado con responsabilidad y dedicación la tesis de grado cuyo tema es "HABITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS, DE TRES ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO MARZO-JULIO 2016", desde el 1 de junio hasta el 29 de junio del presente año, en el establecimiento antes mencionado.

Atentamente



Mds. Nanci Palmira Gallegos

C.L. 1701499323





Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Joan Morales
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del artículo titulado "HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS, DE TRES ESCUELAS DEL BARRIO MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO MARZO - JULIO 2016", autoría de la Srta. Ana Katherine Castillo Jadán, estudiante de la carrera de Odontología de la Universidad.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 26 de Agosto de 2016

Prof. Joan Morales
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Ríofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702