



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA **CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

Título:

PREVALENCIA DE HÁBITOS
PARAFUNCIONALES EN LAS ESTUDIANTES DE
18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD DE ESTUDIOS
PRESENCIAL, PERIODO MAYO-JULIO 2014

Tesis previa a la obtención
del Título de Odontóloga

AUTORA:

KARINA MARICELA YAGUANA VALVERDE

DIRECTORA

DRA. DEISY PATRICIA SARAGURO ORTEGA

LOJA – ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Dra.

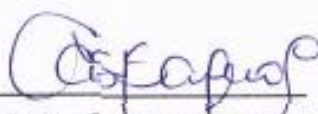
Deisy Saraguro Ortega

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber asesorado y orientado durante todo su desarrollo la tesis titulada **“PREVALENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LAS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL, PERIODO MAYO-JULIO 2014”**, autoría de Karina Maricela Yaguana Valverde, egresada de la Carrera de Odontología: ha sido revisado y asesorado en todo su proceso por lo tanto autorizo su presentación para que continúe con los trámites legales para su sustentación y defensa.

Loja, Octubre del 2014



Dra. Deisy Saraguro Ortega

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo Karina Maricela Yaguana Valverde, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la *Universidad Nacional de Loja* y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por los contenidos de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de la presente en el repositorio Institucional – Biblioteca Virtual

Autora: Karina Maricela Yaguana Valverde

Firma: 

Cédula: 1104892045

Fecha: Loja, octubre del 2014.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Karina Maricela Yaguana Valverde, declaro ser autora de la tesis titulada: **PREVALENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LAS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL, PERIODO MAYO-JULIO 2014,** Como requisito para optar al título de **Odontóloga**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, mes de octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma.....

AUTORA: Karina Maricela Yaguana Valverde

Cédula: 1104892045

Dirección: Ciudadela del chofer las Pitas: Calles Eduardo Mora Moreno y Guillermo Arturo Bailón. # Casa 23-04

Correo Electrónico: kary-z@hotmail.com

Teléfono Celular: 0991657927

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Deisy Saraguro Ortega.....

Tribunal de Grado:

PRESIDENTE: Odt. Esp. Tannya Valarezo Bravo.....

PRIMER VOCAL: Dra. Mgs. Leonor Peñarreta Chauvin.....

SEGUNDO VOCAL: Odt. Esp. Zulema Castillo Guarnizo.....

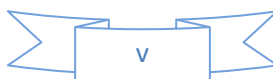
DEDICATORIA

Al culminar la presente etapa de formación académica, en primer lugar dedico el presente trabajo de investigación a Dios por su bondad, sabiduría y por tenerme con vida, quien me ha otorgado la perseverancia y fortaleza necesaria para poder vencer cualquier dificultad.

A mis padres quienes me han impulsado a seguir adelante, brindándome su apoyo y amor incondicional, condiciones que me han permitido desarrollarme tanto en el aspecto humano como en el científico

A mis familiares y amigos por enseñarme que no existen obstáculos que impidan alcanzar el éxito.

Karina Maricela



AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a las autoridades del Área de la Salud Humana, y de la Carrera de Odontología, por darme la oportunidad de alcanzar esta meta, y con profunda gratitud a cada uno de los docentes quienes contribuyeron con mi formación profesional.

De manera especial a la Dra. Deisy Saraguro Ortega, Directora de tesis, por su guía, apoyo, asesoramiento y los valiosos conocimientos, que contribuyen al desarrollo y culminación exitosa del presente trabajo investigativo.

A mi familia, por velar por mi bienestar, por su amor y varios consejos.

La Autora.

1. TITULO

**PREVALENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LAS ESTUDIANTES
DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA,
MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL, PERIODO MAYO-JULIO 2014**

2. RESUMEN

Para la presente investigación, se consideró como objetivo determinar la prevalencia de hábitos parafuncionales en las estudiantes de 18 a 30 años de edad, de la Universidad Nacional de Loja, modalidad de estudios presencial; es un estudio de tipo descriptivo y transversal, en una muestra de 452 estudiantes de sexo femenino. Se utilizó la historia clínica odontológica, para recopilación de datos informativos y de diagnóstico odontológico, con la utilización de la estadística descriptiva, se procedió a organizar, graficar e interpretar los resultados.

Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que de las 452 estudiantes, 328 indicaron ejecutar algún tipo de hábito parafuncional, indicando una prevalencia puntual de 0.72 correspondiendo en términos porcentuales al 72%; el 51,83% de las estudiantes practican el hábito de morder objetos; el 46,34% de las estudiantes consumen sustancias ácidas; el 36,28% de las estudiantes practican el hábito de onicofagia; el 11,59% de las estudiantes destapan botellas con sus piezas dentales; el 7,62% de las estudiantes presentan el hábito de interposición lingual; y el 0,92% de las estudiantes señalaron tener el hábito de succión digital, indicando que los hábitos parafuncionales son ampliamente practicados por la población femenina estudiantil que intervino en el estudio y se les realizó el diagnóstico clínico odontológico.

Abstract

For this research, was considered at determining the prevalence of habits - functional in students from 18 to 30 years of age, of the National University of Loja, form attended study; It is a descriptive and transversal study in a sample of 452 female students. Dental clinical history was used for collection of informative data and dental diagnosis, with the use of descriptive statistics, was to organize, illustrate, and interpret the results.

The results obtained in the study showed that of the 452 students, 328 students, indicated run some sort of functional habit, indicating a point prevalence of 0.72, corresponding in percentage terms to 72%; 51,83% of the students practice the habit of biting objects; 46.34% of students use acidic substances; the 36,28% of the students practice the habit of nail biting; 11.59% of the students uncover bottles with their teeth; the 7.62% of the students have the habit of lingual interposition; and 0.92% of the students reported having the habit of digital suction, indicating that the habits–functional are widely practiced by the female student population that participated in the study and was performed in the dental clinical diagnosis.

3. INTRODUCCIÓN

Las parafunciones orales son aquellos movimientos del sistema masticatorio que no tienen sentido útil, son involuntarios e incluso desconocidos por la propia persona. (Roca, 2011)

El hábito es una costumbre que provoca una acción mecánica dando lugar a una deformación y, posiblemente, a una modificación de la posición dental o a una interferencia en el crecimiento. Chuparse el dedo y morderse las uñas son ejemplos de hábitos orales que pueden desencadenar una mordida abierta anterior y un resalte de los dientes frontales superiores.(Dario, 2013)

La presencia de los malos hábitos orales puede tener un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del paciente. Las maloclusiones son un fenómeno corriente derivado de la práctica sin control de dichos hábitos. Los hábitos pueden degenerar a disfunciones orales que, en ocasiones, pueden requerir tratamientos estéticos complejos. La deglución atípica o la respiración oral conforman las disfunciones orales más frecuentes(Dario, 2013)

Con esta realidad situacional, para la realización del presente trabajo se planteó como objetivo general: Determinar la prevalencia de hábitos parafuncionales en las estudiantes de 18 a 30 años de edad, de la Universidad Nacional de Loja, modalidad de estudios presencial, periodo Mayo-Julio 2014, y, como objetivos específicos: 1) Conocer la prevalencia de los hábitos parafuncionales, 2) Identificar el hábito parafuncional que con mayor frecuencia presentan las estudiantes de 18 a 30 años de la Universidad Nacional de Loja, modalidad de estudios presencial ,y, 3) Identificar el hábito parafuncional que con menor frecuencia presentan las estudiantes de 18 a 30 años de la Universidad Nacional de Loja, modalidad de estudios presencial

En cuanto a la revisión de la literatura se profundizó en el análisis e investigación científica de los hábitos parafuncionales como: onicofagia, mordedura de objetos, consumo de sustancias ácidas, interposición lingual,

destapar botellas con los dientes, succión digita, su etiología, tipos , y posibles consecuencias que puedan desencadenar dichos hábitos parafuncionales.

La investigación fue de tipo, descriptiva y transversal, en una muestra de 452 estudiantes de sexo femenino de la Universidad Nacional de Loja, de la modalidad de estudios presencial, se utilizó la historia clínica odontológica, como instrumento para la recopilación y de datos informativos y de diagnóstico odontológico, con la utilización de la estadística descriptiva, se procedió a organizar, graficar e interpretar los resultados.

Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que de las 452 estudiantes, 328 indicaron ejecutar algún tipo de hábito parafuncional, indicando una prevalencia puntual de 0.72 correspondiendo en términos porcentuales al 72%; el 51,83% de las estudiantes practican el hábito de morder objetos; el 46,34% de las estudiantes consumen sustancias ácidas; el 36,28% de las estudiantes practican el hábito de onicofagia; el 11,59% de las estudiantes destapan botellas con sus piezas; el 7,62% de las estudiantes presentan el hábito de interposición lingual; y el 0,92% de las estudiantes señalaron tener el hábito de succión digital.

Con estos resultados se concluye, que un porcentaje considerable de estudiantes de sexo femenino de la Universidad Nacional de Loja practican hábitos parafuncionales siendo el más frecuente el hábito de morder objetos y el objeto que habitualmente se interponen entre las piezas dentales es el “esfero”. Con ello se da por cumplido el presente trabajo académico, el cual guarda todo el rigor científico que impone las políticas educativas emitidas por la Universidad Nacional de Loja.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1 Sistema Estomatognático

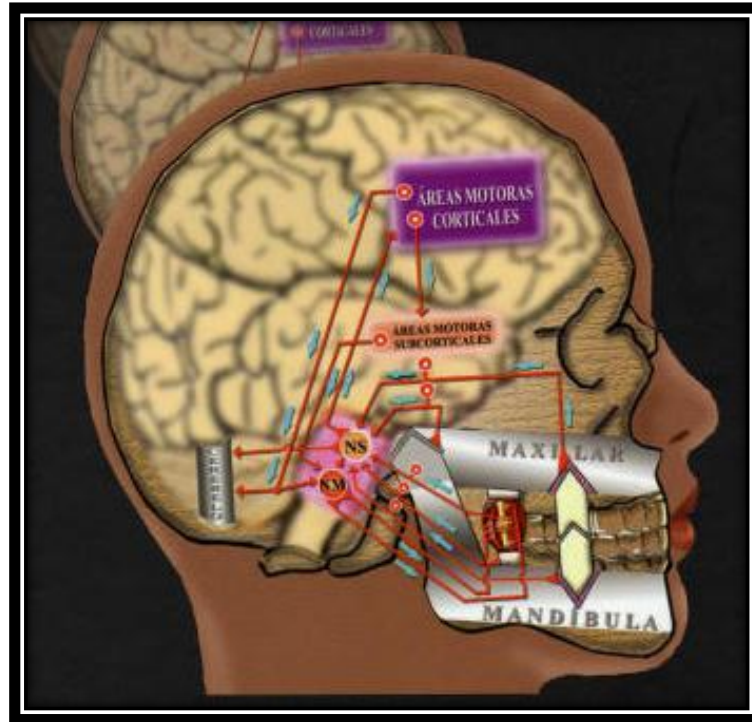


Fig. 1 Sistema Estomatognático (Manns Freese, 2011)

4.1.1 Concepto

El Sistema Estomatognático es la unidad morfofuncional integrada y coordinada, constituida por el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales, organizadas alrededor de las articulaciones occípito-atloidea, atlo-axoidea, vértebro-vertebrales cervicales, témporo-mandibulares, dento-dentales en oclusión y dento-alveolares, que se ligan orgánica y funcionalmente con los sistemas digestivo, respiratorio, fonológico y de expresión estético-facial y con los sentidos del gusto, del tacto, del equilibrio y de la orientación para desarrollar las funciones de succión, digestión oral (que comprende la masticación, la salivación, la degustación y la degradación inicial de los hidratos de carbono); deglución, comunicación verbal (que se integra, entre otras acciones, por la modulación fonológica, etc.“ El vocablo Estomatognático proviene del griego:

- Stoma = boca
- Gnatus = mandíbula.”(Manns Freese, 2011)

Por consiguiente es necesario comprender que el Aparato Estomatognático es el conjunto de órganos y tejidos que permiten comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir, sonreír, respirar, besar y succionar. Está ubicada en la región cráneo-facial, en una zona limitada aproximadamente por un plano frontal que pasa por las apófisis mastoides y dos líneas horizontales que pasan, la superior por los rebordes supra orbitarios y la inferior por el hueso hioides. Se encuentra ubicado en la cavidad oral, abarcando parte también del cráneo, la cara y el cuello. Para desarrollar las funciones de: succión, digestión oral, deglución, comunicación verbal, sexualidad oral, respiración alterna y defensa vital, integrada por la tos, la expectoración, el estornudo, el bostezo, el suspiro, la exhalación y el vómito, esenciales para la supervivencia del individuo. (Marino Sanllehi, 2011)

4.1.2 Importancia

La importancia del sistema Estomatognático radica enfatizar constantemente que el ser humano es una unidad integral e integrada en cuyo funcionamiento todos y cada uno de los órganos, que en su conjunto se llaman "sistemas", los mismos que repercuten en el funcionamiento de los otros y no sólo en los aspectos morfofuncionales sino también en los aspectos psiconeurales y psicossomático, mentales y espirituales(Rojas , 2010).Es así que debo destacar que ninguno de los componentes del Sistema Estomatognático se considera más o menos importante; constituyen una unidad funcional cuyos elementos se correlacionan íntimamente entre sí y con el resto del organismo, por lo cual debe ser tratada en relación con la salud general del individuo, cabe destacar la gran importancia del Sistema Nervioso Central y Periférico, pues se encargan de la interacción y funcionamiento de los diversos componentes del Sistema Masticatorio.

4.1.3 Cavity Oral

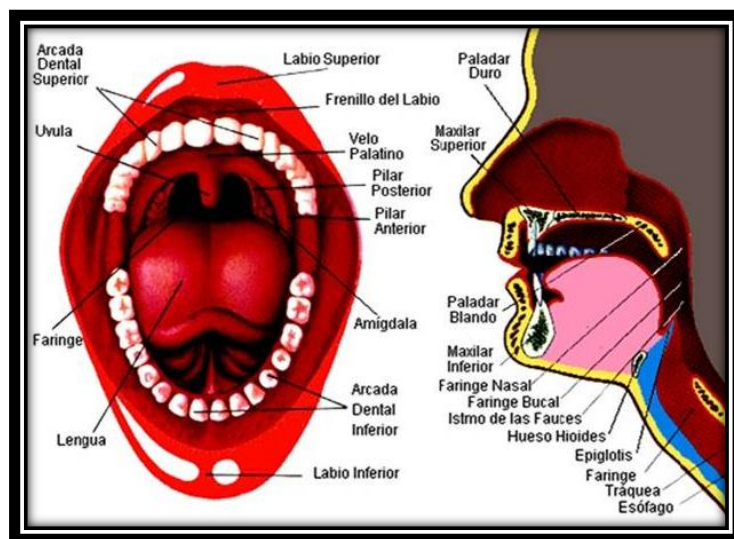


Fig. 2 Cavity Oral (León , 2011)

La cavidad oral está situada en la parte inferior de la cara, entre las fosas nasales y la región suprahioides. Tiene forma de óvalo con diámetro mayor anteroposterior. Los arcos alveolo-dentarios dividen la boca en dos partes: una parte anterior y lateral, situada fuera de estos arcos, que es el vestíbulo de la boca y otra parte situada hacia dentro de estos arcos que es la boca propiamente dicha. La boca propiamente dicha y el vestíbulo bucal se comunican entre sí por numerosos intersticios que separan los dientes unos de otros (espacios interdentarios), y también por un espacio más ancho situado entre los últimos molares y la rama ascendente de la mandíbula (espacio retrodentario o trígonoretromolar).

La boca, también conocida como cavidad bucal o cavidad oral, es la abertura corporal por la que se ingieren los alimentos. Está ubicada en la cabeza y constituye en su mayor parte el aparato Estomatognático, así como la primera parte del sistema digestivo. La boca se abre a un espacio previo a la faringe llamado cavidad oral, o cavidad bucal, está cubierta por los labios superior e inferior y desempeña funciones importantes en diversas actividades como el lenguaje y en expresiones faciales, como la sonrisa. Es un gran indicador de la salud del individuo. La mucosa, por ejemplo, puede verse más clara, pálida o con manchas blancas, indicador de proliferaciones epiteliales. Cuando la boca está cerrada, es decir, cuando ambos maxilares están aproximados y no

existen alimentos o cuerpos extraños en su interior, la cavidad oral es una cavidad virtual. La boca se convierte en una cavidad real y adquiere unas dimensiones considerables debido a: La separación de las mejillas, agrandando el vestíbulo bucal transversalmente, por ejemplo cuando se sopla.

- La proyección de los labios hacia delante, ampliando el vestíbulo en sentido anteroposterior.
- La separación de la mandíbula del maxilar superior, aumentando el diámetro vertical de la cavidad.(Marino Sanllehi, 2011)

En la boca se pueden distinguir tres tipos de mucosa:

- ⌘ **Simple de revestimiento:** Presenta submucosa.
- ⌘ **Masticatoria:** Con probable ausencia de submucosa, queratinizada o paraqueratinizada y en contacto directo con el tejido óseo.
- ⌘ **Especializada:** Se presenta en ciertas regiones de la lengua. Se refiere a la mucosa relacionada a los receptores de gusto. (Marino Sanllehi, 2011)

Partes de la Cavidad Oral

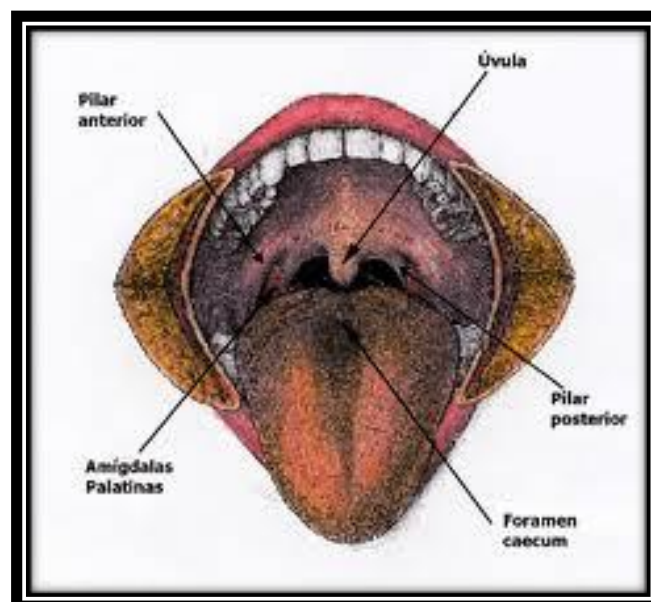


Fig. 3 Cavidad Bucal. (Ricart, 2012)

La boca puede considerarse una estancia con cinco paredes:

- ♣ **Pared anterior:** Está formada por los labios.

♣ **Paredes laterales:** Están formadas por las mejillas.

♣ **Pared inferior:** Formada en su mayor parte por la lengua y por debajo de ésta una región llamada piso de la boca.

♣ **Pared superior:** Formada por la bóveda palatina o paladar.

♣ **Pared posterior:** Es realmente un orificio irregular llamado istmo de las fauces que comunica la boca con la faringe. Los anexos de la boca son los dientes, las encías y las amígdalas. (Marino Sanllehi, 2011)

El sistema Estomatognático está compuesto por:

- Labios
- Lengua
- Dientes
- Encía
- Mejillas
- Orofaringe
- Glándulas Salivales
- Piso de la boca
- Frenillos
- Maxilares
- Ganglios Linfático
- Senos paranasales
- Articulación temporomandibular. A.T.M.

Así como los huesos, los músculos y la piel del territorio orofacial(Marino Sanllehi, 2011)

4.1.4 Principales Funciones

El equilibrio fisiológico permite mantener la salud del sistema masticatorio durante toda la vida, sin olvidar que este aparato es parte del organismo y puede ser afectado por lesiones extrabucales. Resulta imposible hablar de masticación sin revisar la anatomía y la fisiología de los músculos masticatorios, de las articulaciones temporomandibulares (ATM), del sistema neuromuscular y de los mecanismos de la oclusión.(Anselmo Apodaca , 2012). La función del aparato masticatorio o Estomatognático está dada por los músculos y el sistema nervioso; los dientes desempeñan un papel pasivo.

Funciones de la boca

“**Masticación:** actividad neuromuscular compleja mediante la cual un alimento es triturado y molido. Fundamental la participación de los elementos dentarios y de la coordinación de los músculos masticatorios, de la lengua, labios y mejillas.”(Manns Freese, 2011)



Fig. 4 Masticación (OdontoFarma)

Succionar: Gracias a los movimientos de la mandíbula y a la presión de los dientes se produce este tratamiento mecánico que degrada los alimentos. La mandíbula es la que proporciona la fuerza para que los molares inferiores ocluyan contra los superiores.(Marino Sanllehi, 2011)

Salivar: Gracias a la desembocadura de los conductos de las glándulas salivales, se produce el primer jugo digestivo (saliva), que realiza una degradación química de los alimentos. En el caso de los carbohidratos lo hace a través de la amilasa salival, que se encarga de destruir los enlaces alfa que están presentes en los polisacáridos, y después seguirían degradándose a nivel intestinal.(Marino Sanllehi, 2011)

“Sentido del gusto: En la boca se encuentran los receptores sensoriales del gusto, sobretodo en la lengua, llamadas Papilas gustativas.”(Marino Sanllehi, 2011)

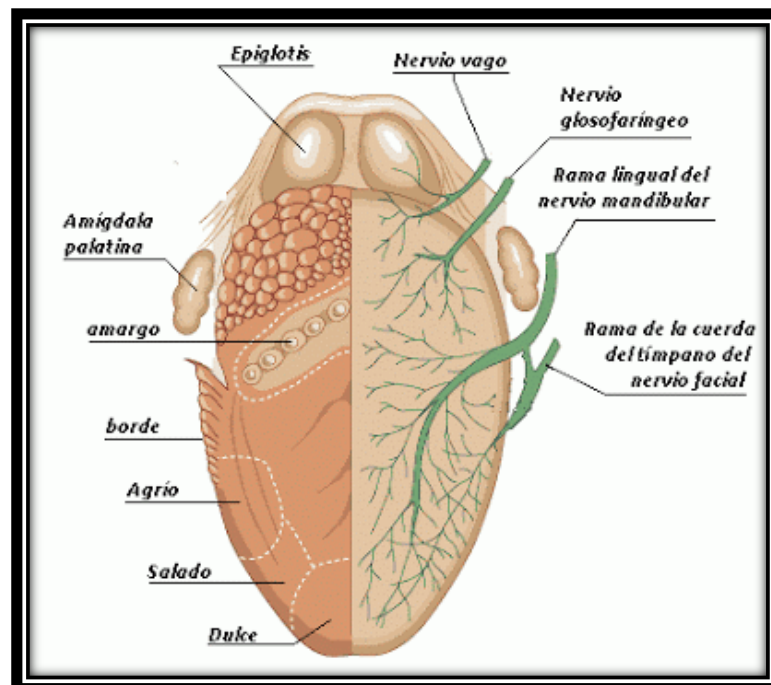


Fig. 5 Sentido del gusto (Medina , 2011)

Deglución: es un proceso reflejo complejo que se inicia voluntariamente y termina involuntariamente. Está regulado por un grupo de neuronas o centro de la deglución situadas en el bulbo raquídeo. Se describen en su desarrollo tres fases:

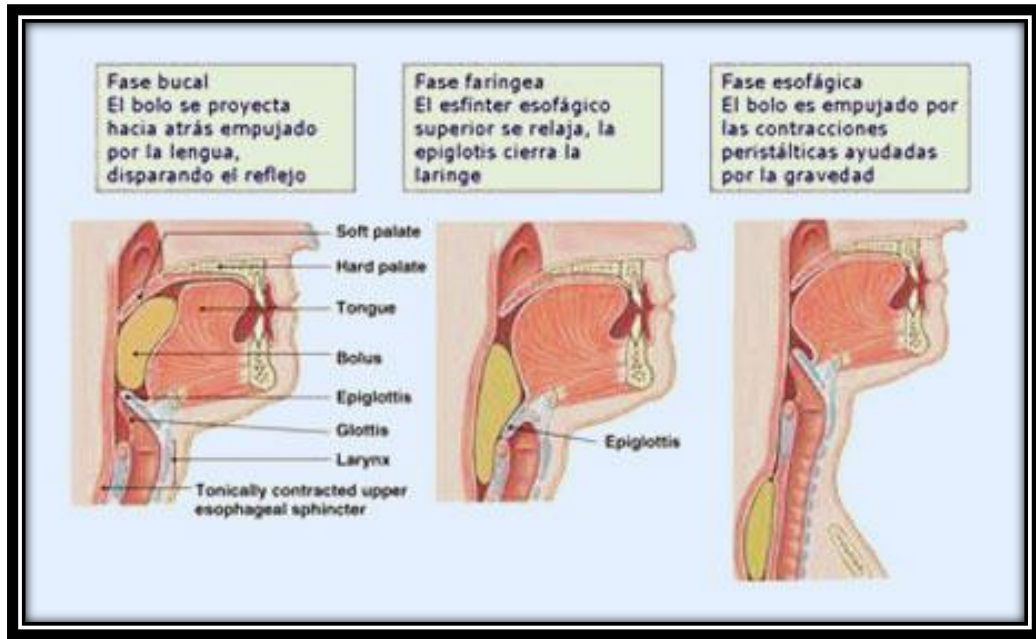


Fig.6 Deglución. (Borge, M., 2011)

1. Fase bucal o voluntaria. Consistente en la proyección del bolo alimenticio hacia la porción posterior de la cavidad oral. El contacto del bolo con las paredes de las coanas estimula receptores que sinaptan con las neuronas del centro de la deglución activándolas y dando lugar a la salida de eferencias que llegan a la musculatura faríngea, laríngea, esofágica y respiratoria.(Borge, M., 2011)

2. Fase faríngea. Es una fase involuntaria en la que participan de forma perfectamente organizada 25 músculos. La secuencia de actividad de forma simplificada sería:

- Elevación de la lengua contra el paladar y empuje del bolo contra la pared faríngea.
- Contracción de la faringe cerrando la entrada a la cavidad nasal.
- Cierre de la epiglottis contra la traquea y contracción de la glotis.
- Inhibición de la respiración (apnea de deglución), para evitar la entrada de alimento al aparato respiratorio.
- Contracción peristáltica de los músculos de la faringe que empujan el bolo hacia el esófago.(Borge, M., 2011)

3. Fase esofágica. Fase involuntaria al igual que la anterior que es controlada por el nervio vago. Como en la fase anterior la secuencia sería como sigue:

- Relajación del esfínter esofágico superior.
- Contracción peristáltica o peristaltismo primario que empuja el alimento a lo largo del esófago.
- Relajación del esfínter esofágico inferior para permitir la entrada de los alimentos al estómago. Inmediatamente del paso del bolo el esfínter esofágico inferior se cierra para impedir el reflujo desde el estómago al esófago.
- Contracciones peristálticas o peristaltismo secundario, para arrastrar posibles restos en el interior del esófago.(Borge, M., 2011)

“Fonoarticulación: los movimientos mandibulares rápidos y precisos gracias al control neuromuscular permiten que los labios y la lengua alcancen puntos finales específicos para un correcto feedback acústico. También desempeña un importante rol en las funciones de degustación y respiración.”(Manns Freese, 2011) “En la boca se encuentran gran parte de las estructuras que modifican el sonido laríngeo y producen la voz articulada gracias a sus cavidades especiales.”(Marino Sanllehi, 2011)

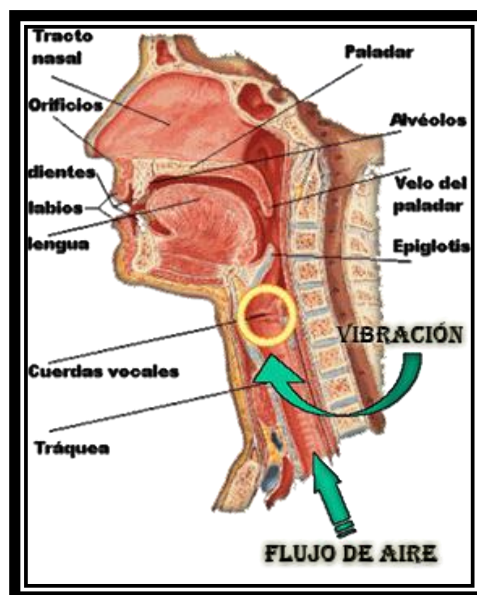


Fig. 7Fonoarticulación(Silverwings, 2013)

“Respiración: la mandíbula se desplaza hacia abajo cuando existe una obstrucción nasal, lo cual significa que los mecanismos nerviosos de control respiratorio ejercen un comando central eficiente sobre los músculos mandibulares, para permitir el ingreso de aire.”(Manns Freese, 2011)

“Estética: Ya que el sistema Estomatognático es responsable de la armonía anatómica del tercio facial inferior.”(Manns Freese, 2011)

Luego de analizar las principales funciones del Sistema Estomatognático, debemos enfatizar que este sistema está en permanente equilibrio, y este permanente equilibrio se denomina normofunción u ortofunción, y no es cuando está completamente sano, sino que puede funcionar pero con algunas alteraciones que son básicamente a nivel tisular, sin sintomatología clínica evidente. La desarmonía, pérdida de este equilibrio, se produce cuando se pierde la compatibilidad funcional y cuando la alteración evita que haya una función adecuada.

Cuando hablamos de ortofunción estamos diciendo que el sistema Estomatognático está trabajando en una zona de respuestas tisulares fisiológicas, lo que significa que la propia función normal crea y preserva las condiciones que favorecen la integridad morfológica normal de los diferentes componentes del sistema,

“La forma gobierna la función y ésta requiere de una morfología adecuada”. (Manns Freese, 2011).En este estado no hay sintomatología subjetiva (relatada por el paciente) ni objetiva (descubierta durante el examen físico mio-articular y funcional).

En cambio, cuando el sistema Estomatognático está sometido a sobre exigencias funcionales continuas, asociada a estrés psíquico con aumento de actividad psisomática como sucede con actividades no funcionales (parafunciones) en los que los mecanismos de adaptación se ven sobrepasados, puede desarrollarse un desbalance o desequilibrio morfofuncional (disfunción o patofunción)

4.2 HÁBITOS BUCALES

4.2.1 Concepto

Son patrones neuromusculares de naturaleza muy compleja, que se aprenden; y se definen como “la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por la repetición frecuente del mismo”; con la característica que inicialmente puede ser un acto voluntario o consciente, y posteriormente se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga. (CABAÑAS LORES, 2010). Es así que podemos considerar que un hábito es una acción repetida que se realiza de forma automática, son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.

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. (CABAÑAS LORES, 2010) Así pues dentro de la cavidad oral podemos encontrar la presencia de malos hábitos orales, quienes son de gran importancia en el desarrollo de las maloclusiones. Entre los más comunes se encuentran los hábitos de succión, respiradores bucales, alteraciones de la deglución e interposición de objetos.

4.2.2 CLASIFICACIÓN

Los hábitos bucales se pueden clasificar según su forma, según el momento y según la frecuencia e intensidad.

4.2.2.1 Según su 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. (CABAÑAS LORES, 2010)

4.2.2.2 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. (CABAÑAS LORES, 2010)

4.2.2.3 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 (CABAÑAS LORES, 2010)

4.3 HÁBITOS BUCALES PARAFUNCIONALES

4.3.1 Concepto

“Son patrones de contracción muscular anormal de naturaleza compleja que se aprenden, terminan por hacerse inconscientes e involuntarios y se ejecutan en forma mecánica.”(Sandoval, 2011)

Un hábito parafuncional oral, como la respiración bucal, la interposición lingual o la succión digital entre otros, puede generar problemas de alimentación ya que, si no contactan los incisivos superiores e inferiores, no puede llevarse a cabo la primera fase de la masticación, que es la aprehensión de los alimentos por los incisivos(Martín Sanjuán., 2011)

4.3.2 Etiología

Los hábitos bucales parafuncionales provienen de la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente. Los hábitos bucales parafuncionales son unos de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares.(Rosales Jauregui, 2013)

4.4 ALTERACIONES PARAFUNCIONALES

La cavidad oral en los humanos se rige por reglas muy complejas y estrictas que deben ser cumplidas en la medida de lo posible para lograr a cabo sus funciones y objetivos tales como la fonación, masticación y deglución, normas que se denominan funciones. Cuando alguna de ellas se altera, puede llevar al detrimento en la calidad de las actividades propias, pudiendo así desencadenar problemas que varían en severidad y comprometiendo en diversos grados la salud de cualquiera de las estructuras. Estos patrones indeseables se denominan parafunciones, o hábitos parafuncionales cuando se trata de una conducta constantemente repetida. (Trejo Peralta, 2011)

Entendemos por funciones aquellas que tienen un sentido útil, son voluntarias y necesarias (masticación, deglución). Las parafunciones carecen de sentido útil, son involuntarias y a menudo desconocidas por la propia persona.(Sanllehi, 2011)

El acto de morderse las mejillas, las uñas (Onicofagia), colocarse continuamente objetos en la boca para masticar, morderse el labio inferior, son malos hábitos que interfieren en la oclusión y en la higiene en general, y que, en consecuencia, deben corregirse lo antes posible.(MULET BONO , 2013)

4.4.1 Mordedura de objetos



Fig. 8 Mordedura lápiz o bolígrafos (Avellaneda, 2014)

4.4.1.1 Concepto y etiología

Morder el bolígrafo o el lápiz el significado de este gesto tan habitual depende de la intensidad con que se realiza. Si simplemente se acerca el bolígrafo a la boca y lo roza con los labios puede significar que intenta confirmar una idea o un argumento, es un modo de reafirmar la confianza en sí mismo. En cambio, si literalmente devora el bolígrafo, lo deforma y lo destroza denota un importante estado nervioso.(Taringa, 2010)

Morder la tapa del bolígrafo un hábito muy poco saludable para tus dientes. Ya que morder el bolígrafo tiene un efecto muy parecido al de morderse las uñas, e incluso puede que sea peor, ya que el bolígrafo lo vamos dejando en la mesa, en el cuaderno. (Martinez , 2011)

Es así que podemos considerar que este hábito parafuncional es poco higiénico, pues al ser manipulado por más de una persona se convierte en un refugio para las bacterias. Por lo tanto desde el momento en que se coloca el bolígrafo en la boca se introducen las bacterias directamente al cuerpo. Como cualquier otra costumbre, este mal hábito puede eliminarse. Sin embargo se debe estar alerta las veces que se lo intente y verdaderamente evitarlo.

4.4.1.2 Tipos



Fig. 9 Destapar botellas con las piezas dentales (Cortes, 2013)

Aunque hay pocas cosas más difíciles que cambiar de hábitos, es necesario proponerse modificar estas malas costumbres que estropean los dientes.

Usar los dientes como herramienta. Cada vez más personas utilizan sus dientes en diversas acciones dañinas: abrir botellas, paquetes etc. El uso de los dientes en tales actividades pueden tener un efecto traumático sobre ellos, provocando grietas y hendiduras, incluso si se acostumbra a destapar las

botellas de refresco con los dientes, estos pueden fracturarse y desgastarse. También se dañan si se usan las piezas dentales abrir los frascos de las medicinas y los envases de cartón o de papel. (Cortes, 2013)

⌘ **Cortar con los dientes.** Aunque parezca más fácil, no es recomendable que usen los dientes para cortar hilos, diurex, plástico y otros materiales, debido al desgaste que sufren.

⌘ **Masticar hielo.** Hacerlo frecuentemente o grandes cantidades puede fracturarlos dientes o producirles rajaduras. (Reyes, 2012)

Algunas personas utilizan sus dientes para quitar una etiqueta de la ropa, abrir una bolsa de patatas o incluso para quitar el corcho de una botella. Los dientes no son tijeras, no son sacacorchos, utilizarlos como una herramienta acabará dañándolos o incluso rompiéndolos. Los dientes sirven básicamente para tres cosas: masticar la comida, hablar correctamente y estar más guapos cuando sonreímos.

4.4.1.3 Consecuencias

El ejecutar estas prácticas o hábito dentales poco saludables pueden conllevar a lesiones graves en la dentadura, entre ello rotura de forma total o parcial del diente, lo que llevaría a la obligación de hacer unimplantes dental.(Martinez , 2011)

Su efecto se produce por desgaste o abrasión irregular y astillamiento prematuro de los dientes. Además provocan heridas en las mucosas orales que favorecen lesiones como las aftas, infecciones con herpes, entre otras alteraciones de la mucosa oral.(Silva, 2012)

Según las dimensiones del objeto interpuesto, éste puede no provocar ninguna alteración o producir desde inclinaciones dentarias hasta mordida abierta en la zona de la interposición. (Herrera Correa, 2010)

4.4.2 Consumo de Sustancias Ácidas



Fig. 10 Consumo de sustancias ácidas(Von Manfred Pantförder , 2009)

4.4.2.1 Concepto

Los cítricos, son alimentos que en esta época del año están presentes en nuestra dieta de manera habitual, ya que nos ayudan a mantener las defensas en perfectas condiciones. En su composición tienen diferentes sustancias como las vitaminas, en concreto la C, que ayuda a proteger nuestras células de los ataques externos. Pero no solo contienen estos nutrientes, sino que además nos aportan una sustancia llamada ácido cítrico que tiene una serie de efectos directos en nuestros dientes. (Delgado, 2010), Los limones son alimentos muy ácidos y esta acidez corroe el esmalte. Una exposición frecuente a este tipo de sustancias ácidas puede destruir por completo el esmalte de sus dientes.

4.4.2.2 Etiología

Durante muchos años la creencia popular era que la piel del limón servía de blanqueante para los dientes. Nada más lejos de la realidad, ya que de lo que realmente sirve es de **debilitante de los dientes**. Seguro que en más de una ocasión, después de haber consumido muchos cítricos notamos sensibilidad en los dientes, y es que se desencadena en los mismos una reacción química a causa del ácido que la fruta que nos hemos comido contiene. (Delgado, 2010)Lo que comemos tiene relación con nuestra salud bucal, sobre todo si

ingerimos comestibles dañinos para nuestros dientes de manera constante, algunos ejemplos de sustancias ácidas son: el vinagre y el extracto de limón

Erosión ácida: Actualmente se la considera una de las causas más importantes del desgaste dental. Para entender que es la erosión ácida, debemos saber primero porque decimos que una sustancia es ácida. El Ph es la forma de medir esta acidez, cuanto menor sea este valor más ácida será una sustancia, teniendo en cuenta que estos valores van de 1 a 14, considerando 7 un Ph Neutro Estos Ácidos pueden provenir de la dieta o de nuestro organismo. La forma de consumo de los alimentos ácidos, (sólidos o líquidos) es mucho más importante que la cantidad consumida. Cuanto más tiempo se lo retenga en la boca, será más perjudicial, ya que permanece en contacto con las superficies dentarias por más tiempo.(Maturana, 2011)

Ph. 2.6 Muy ácido		Ph. 3.4	
Ph. 2.9-4.5		Ph. 4.3-4.9	
Ph. 3.3-3.9		Ph. 6.7 Poco ácido	
Ph. 3.3-4.5			

Fig.11 Alimentos Ácidos (Maturana, 2011)

Proceso de Desmineralización.

- ⌘ El Ion H + que poseen todos los ácidos, sin importar su origen, es el encargado de interactuar con del esmalte, captando de este el fosfato de calcio que lo componen, produciendo el reblandecimiento inicial del esmalte: Desmineralización.

- ⌘ La saliva tratar de reparar esta situación, neutralizando el ataque ácido proceso conocido como: Remineralización.
- ⌘ Este proceso es lento, es por ello que si la desmineralización ocurre con mucha frecuencia se produce la Erosión Ácida.(Maturana, 2011)




Alimento ácido	Alimento neutro	Alimento álcali
Zumo de limón - pH 2	Leche - pH 7	Leche de magnesia - pH 10
		

Fig. 12 alimentación y pH (Dominicana, 2010)

Frutas cítricas. Además de un alto contenido en vitamina C y otros nutrientes, contiene altos grados de ácido que pueden erosionar el esmalte dental con el tiempo. Pasa con todas las frutas cítricas, pero el limón y la toronja son los más dañinos.(Gonzales, 2013)

Refrescos. Por su alto contenido de azúcar contribuyen a la formación de caries. Pero además los ácidos presentes en estas bebidas son mucho más dañinos que el azúcar, incluso las dietéticas que a pesar de contener menos azúcar pueden dañar el esmalte de los dientes con el tiempo.(Gonzales, 2013)

4.4.2.3 Consecuencias

Los efectos que el ácido cítrico tiene en nuestros dientes son complejos y debemos detenernos en ellos. Cuando entra en contacto con el esmalte de los dientes se produce un efecto químico que afecta de un modo directo al calcio que se encuentra en estos, ya que lo que hace es cristalizarlo y movilizarlo, de modo que los dientes se ponen en serio riesgo, ya que su debilitamiento será grande. Esta situación lo que hace es poner en riesgo la salud de nuestros dientes y hacerlos mucho más vulnerables a los ataques producidos por las bacterias que se encuentran en la boca. Esto no quiere decir que dejemos de ingerir cítricos, ya que son necesarios y muy beneficiosos para el organismo, sino que simplemente debemos tener en cuenta algunos puntos para evitar que

el daño causado por el ácido cítrico sea mayor. Muchas personas pensarán que cepillarse los dientes para mitigar los efectos del ácido es la solución. Nada más lejos de la realidad, ya que este tipo de ácido perdura en la boca por un tiempo, y al mezclarse con la pasta de dientes el daño que se puede causar al esmalte es mayor. Por este motivo lo más recomendable es realizar enjuagues con agua al terminar de comer un cítrico y así eliminar gran parte del ácido de la boca. La ingesta de agua en las siguientes horas ayudará a mitigar este efecto.(Delgado, 2010).

El consumo de alimentos ácido va a ocasionar las siguientes evidencias clínicas:

- ⌘ Desgaste del Esmalte dentario (Pérdida de brillo) y forma más redondeada.
- ⌘ Cambio de color, se observan más amarillentos, por translucidez de la dentina, a través de una capa de esmalte más delgada.
- ⌘ Fisuras y fracturas en las superficies incisales (parte más delgada de los incisivos)
- ⌘ Sensibilidad a los cambios térmicos (frío/calor) y a los dulces, por exposición de la dentina.
- ⌘ Lesiones en forma de copa; en las superficies masticatorias. (Maturana, 2011)

4.4.3 Interposición Lingual



Fig. 13 Interposición lingual (Fernández Pedroche, 2012)

4.4.3.1 Concepto

“La interposición lingual se refiere a la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias es la característica de la deglución a la que los dentistas más se refieren y con la que tienen mayor preocupación.”(Queiroz Marchesan, 2010)

La interposición lingual consiste en la colocación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación. En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.(Agurto V , Díaz M., & Cádiz D., 2009). En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios, esto podrá causar una deformación del hueso y malposición dentaria.

4.4.3.2 Etiología

La interposición lingual o lengua protráctil, consiste en la acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante en el momento de la deglución, hay quienes la consideran como el hábito bucal más frecuente, atribuyéndole una prevalencia del 50% a los seis o siete años y de menos del 25% a los 16 o 18 años. Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual, entre las que se encuentran:

- ⌘ La succión digital y/o del chupete, provoca el hábito como una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.
- ⌘ Alimentación artificial inadecuada que fuerza al bebé a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.
- ⌘ Problemas respiratorios, trae problemas de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares.
- ⌘ Existencia de amígdalas inflamadas o hipertrofiadas, que por movimiento reflejo la mandíbula desciende, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos durante los últimos fases de la deglución.

- ⌘ Macroglosia: obliga a la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, a adoptar una posición más adelantada.
- ⌘ Las alteraciones cerebrales dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas y la lengua
- ⌘ Problemas psicológicos: la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.
- ⌘ Pérdida prematura de los dientes temporales
- ⌘ Tratamiento ortodóncico, ya sea cuando este requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual, tal interposición puede ser temporal o permanente. (Zaldivar, 2010)

4.4.3.3 Consecuencias

La presencia de este hábito puede ocasionar:

A nivel maxilar:

- ⌘ Vestíbuloversión de los incisivos superiores.
- ⌘ Prognatismo maxilar.
- ⌘ Disminución del diámetro transversal del maxilar.
- ⌘ Formación de un diastema central.
- ⌘ Reabsorciones radiculares. Linge afirma que se produce de forma indirecta, debido al aumento del resalte y a la presión constante de la lengua sobre los incisivos.
- ⌘ Posicionamiento anterior de la lengua. (Zaldivar, 2010)

A nivel mandibular:

- ⌘ Lingualización de los incisivos inferiores. Ocurre cuando la lengua se coloca entre las arcadas separadas y entra en contacto con el labio inferior, que es succionado, produciendo así la inclinación de los incisivos.
- ⌘ Rotación posterior mandibular y aumento del ángulo goniaco que puede incluso sobrepasar los 140 grados. .

- ⌘ Disfunción mandibular. En la relación entre las arcadas: (Zaldivar, 2010)

Alteraciones en el plano sagital:

- ⌘ Algunos autores consideran que si la lengua se sitúa en posición alta puede causar un prognatismo maxilar y una clase II división 1 .Pero si la lengua está en posición baja es capaz de desarrollar un prognatismo mandibular y una maloclusión de clase III.(Zaldivar, 2010)

En el plano vertical:

- ⌘ Puede dar lugar a la aparición de una mordida abierta. Según Moyers, está muy bien circunscrita en la zona anterior cuando se trata de un empuje lingual simple. Por el contrario, la mordida abierta asociada a un empuje lingual complejo suele ser más difusa y difícil de definir, lo mismo ocurre con la mordida abierta de pacientes con un patrón de deglución infantil mantenido o conservado. En estos últimos, a veces la maloclusión es tan severa que sólo ocluyen sobre un molar en cada cuadrante. (Zaldivar, 2010)

En el plano transversal:

- ⌘ Existen quienes relacionan el hábito con la mordida cruzada posterior. Existen dos patrones distintos. En uno la lengua puede estar en posición más alta, favoreciendo la presencia de diastemas en el maxilar superior y de un resalte maxilar. En el otro tipo, la lengua se sitúa en una posición más baja, lo que permite el espaciamiento de los dientes inferiores y un resalte mandibular, dando lugar a la presencia de una mordida cruzada posterior.

Otras alteraciones: puede ocasionar traba en la erupción de un diente permanente cuando se ha perdido el temporal precozmente y la lengua se ha interpuesto de forma viciosa, alteraciones fonéticas;(dificultad con las letras M, P, B. F, V .S). (Zaldivar, 2010)

4.4.3.4 Tratamiento

Se requiere un trabajo interdisciplinario con el Otorrinolaringólogo, Alergólogo, Odontólogo, y/o el médico de cabecera. Así como Terapia mio-funcional, para ayudar a integrar la información sensorial que se encuentra alterada.(Navas Garcia , 2012)

4.4.4 Onicofagia



Fig.14 Onicofagia (Avellaneda, 2014)

4.4.4.1 Concepto

“La onicofagia es el hábito de morderse las uñas de manera repetida. Es una conducta bastante común, que tiende a desaparecer con la edad. Este mal hábito puede estar asociado a componentes emocionales, que genera en el sujeto una conducta que es auto-percibida como difícil de detener.”(Muñoz, 2011)

Este proceso comienza cuando al morder las uñas el borde libre desaparece y la uña se sumerge en el lecho ungueal. Su reiteración en el tiempo provoca lesiones varias, como la inflamación y elevación de los bordes laterales o incluso formaciones verrugosas secundarias a la hiperplasia cuticular. Los hábitos de morderse las uñas más agresivos pueden provocar hemorragias subungueales y pérdida de tiras ungueales, que pueden dejar espolones

ungueales residuales o conllevar la pérdida de toda la uña. Los desperfectos a nivel de los pliegues ungueales, como son las cutículas y padastros, pueden manifestarse en forma de paroniquia crónica (inflamación aguda del tejido celular de los dedos) con exacerbaciones infecciosas agudas y llegar a provocar Exostosis subunguealo Quistes mucosos En los casos severos se produce un deterioro de la placa ungueal y la formación de cicatrices locales con distrofia de toda la unidad ungueal y anomalías de la matriz. Es posible que las uñas al crecer progresen sobre un lecho ungueal dañado por las mordeduras, provocando inflamaciones, tumefacciones, y lesiones sin cicatrizar que pueden dar lugar a manifestaciones de dolores intensos. Las uñas mordidas y posteriormente ingeridas pueden impactarse en la faringe y producir reacciones inflamatorias. También pueden aspirarse y pasar al árbol bronquial favoreciendo sobre infecciones o diversas complicaciones en el tejido pulmonar. Pero lo más habitual es que pasen al tubo digestivo y acaben mezclándose con las heces al final del trayecto dada la imposibilidad de digerir el resto ungueal. Las uñas son herramientas que se nos han brindado para facilitarnos la tarea de coger cosas, abrir objetos así como proteger de agresiones externas el extremo de los dedos. Un dedo sin uñas es un dedo amputado que no puede desempeñar todas sus funciones como es debido. Igualmente morderse las uñas desde temprana edad puede provocar cuando esta es intensa y se prolonga en el tiempo hipertrofia de los tejidos adyacentes, contribuir a alterar la proporción entre anchura y longitud de la uña, retroceder la raíz ungueal del borde libre y llevar a graves alteraciones en la estética dental y bucal.

4.4.4.2 Etiología

En la mayoría de las personas que no pueden dejar de comerse las uñas hay una alteración del sistema nervioso o desajuste emocional que puede abarcar desde casos leves y puntuales a casos crónicos y patológicos muy preocupantes. Comerse las uñas es para muchas personas una válvula de escape a su nerviosismo (ansiedad, estrés, impaciencia, temor, etc.). De hecho muchas personas también resuelven esta situación de “nervios” de manera similar (fumando, comiendo más o tomando más dulces, bebiendo alcohol, etc.). (Nufragodent)

Así, se puede determinar que dos básicamente son los tipos de causas que originan que una persona sufra de onicofagia. En primer lugar, estarían los motivos de clase psicológicos como sería el caso de la ansiedad, los nervios, la angustia, los estados compulsivos. Y, por supuesto, el estrés, ya sea de tipo laboral, social o incluso educativo. El segundo tipo de causas serían las llamadas psicósomáticas. Bajo dicha denominación se englobarían una serie de casos que afectan emocionalmente al paciente como, por ejemplo, no asumir la pérdida de un ser querido, violencia doméstica, cambios en el seno de la unidad familiar, presión por los estudios tanto en el ámbito escolar como en el propio hogar, no aceptar la incorporación de nuevos miembros a la familia o aspectos más personales. Entre estos últimos estarían la baja autoestima, la timidez o diversas frustraciones.

La onicofagia como hábito leve

En la mayoría de los casos se trata de un hábito leve que suele comenzar en la infancia, probablemente se aprende por observación, al ver a otras personas hacerlo, y se utiliza como una de las típicas conductas que sirven para calmarse cuando una persona está tensa, frustrada o está experimentando cualquier emoción negativa. Con el tiempo se puede acabar convirtiendo en un hábito que surge cada vez en más situaciones y no solo ante emociones negativas. Por ejemplo, basta con que tengas las manos desocupadas, sientas aburrimiento, estés pensando en algo, o tengas las manos cerca de la boca. (Muñoz, 2011). Dado que la adolescencia es una época difícil, no es raro que la frecuencia de la onicofagia aumente a esa edad, desapareciendo con el tiempo. En estos casos más leves y dada su alta incidencia, puede considerarse normal.

Tras la adolescencia, la onicofagia a veces se sustituye por otras conductas como morder los bolígrafos, jugar con el pelo o rascarse la nariz. Entre los adultos es más frecuente utilizar el tabaco o el chicle como sustitutos que acaban desplazado el hábito de morderse las uñas. (Muñoz, 2011)

La onicofagia como trastorno

En los casos más severos, se considera que puede tratarse de un trastorno que se situaría dentro del espectro obsesivo compulsivo. No obstante, tanto sus causas como su clasificación dentro de los trastornos psicológicos sigue sin estar del todo clara. Se ha sugerido que la onicofagia severa está relacionada con una ansiedad intensa y una baja autoestima. Algunos autores consideran que posiblemente en estos casos la onicofagia aparezca junto con otros trastornos psicológicos, tal y como ocurre en los casos de tricotilomanía, pero dada la escasez de estudios sobre la onicofagia no existen datos suficientes para confirmar la existencia de trastorno obsesivo compulsivo u otros trastornos de ansiedad en estas personas. (Muñoz, 2011)

4.4.4.3 Consecuencias

Consecuencias según la zona afectada

- **Dientes:**

El repiqueteo constante de un incisivo contra el otro al morderse las uñas, provoca que los incisivos superiores e inferiores se desgasten y afeen, provocando un problema estético ya que las piezas dentales lucen recortadas. (Navas García, 2012)

- **Uñas:**

El continuo mordisqueo al que son sometidas, hace que las uñas no crezcan bien. Se crean microtraumatismos a lo largo de todo el lecho ungueal, la parte que se encuentra bajo las uñas, alterándose su anatomía. Asimismo, también se ocasionan pequeñas heridas alrededor de las uñas, que hacen que el dedo se inflame y duela. Surgen padrastrós y verrugas periungueales en la piel que rodea a las mismas. (Navas García, 2012)

- **Infecciones**

La onicofagia también puede provocar pequeñas infecciones por bacterias, virus, hongos o candidas en las uñas, al entrar en contacto con

la flora de la boca y porque se están continuamente chupando y macerando. Estas infecciones, en muchos casos se trasladan a la mucosa oral dañando boca y encías. Paroniquia, que es una infección bacteriana en la piel situada alrededor de las uñas, que aparece hinchada y enrojecida. Esta infección puede llegar a ser crónica. (Navas Garcia , 2012)

- **En el plano psicológico:**

El mal estado de las uñas provoca diversas reacciones, sobretodo vergüenza ante la posibilidad de que otras personas observen las uñas comidas, los dedos infectados y heridos. O bien un retraimiento cuando se trata de compartir actividades que conllevan la exposición abierta de las manos.(Navas Garcia , 2012). Es así que algunas personas da lugar también a malestar psicológico, debido a que se sienten avergonzadas del aspecto de sus uñas y a que es visto como algo socialmente indeseable.

4.4.4.4 Tratamiento

1. Odontológico.
2. Aparatología
3. Tratamiento psicológico
4. Tratamiento dermatológico(Navas Garcia , 2012)

4.4.5 Succión Digital



Fig. 15Succión Digital (My Strange Addiction, 2011)

4.4.5.1 Concepto

Es uno de los hábitos bucales más comunes de los niños. Se puede observar de forma muy temprana durante el desarrollo fetal y neonatal, considerándose normal durante esta etapa de desarrollo. El problema se produce cuando este hábito se mantiene una vez iniciado el cambio de dentición. Este hábito prolongado en el tiempo, puede llegar a producir alteraciones en el desarrollo de los maxilares y de los dientes, lo que se conoce como anomalías dentomaxilares. La severidad de esta anomalía va a depender de la frecuencia (cuantas veces al día succiona el dedo), la intensidad de la succión, el tiempo que dura (minutos u horas) y además de la posición del dedo dentro de la boca y de qué dedo (ya que no siempre es el dedo pulgar) (Arevalo , 2012). Otros problemas asociados a este hábito son la formación de callosidades, eccema irritativo, paroniquia, uñeros y deformación del dedo. Otros efectos negativos de este hábito pueden ser los trastornos en el lenguaje. etc.

Según la teoría psicoanalítica, “la persistencia del hábito de succión digital ha sido atribuida a un impulso psicosexual no controlable que responde a una perturbación psicológica útil para afrontar el estrés; otros autores sostienen que el hábito nace como una respuesta de adaptación y no necesariamente lo acompaña un desequilibrio psíquico.”(Galiano Ramos, 2009)

4.4.5.2 Etiología

Esta función envuelve y estimula el desarrollo de varios grupos musculares y de la parte ósea de la región oral, y favorece el equilibrio entre estas estructuras. Existe: Succión Nutritiva, Succión No nutritiva (Murillo Moreno , 2012)

SUCCION NUTRITIVA

Es la que utilizan para comer. Se trata de una succión profunda y rítmica que suele durar unos minutos(Murillo Moreno , 2012)

SUCCION NO NUTRITIVA

La succión no nutritiva, estoma superficial y rápida. No hay que despreciar la succión no nutritiva, ni evitarla, puesto que mientras los bebés la realizan “practican”, por así decirlo, para la succión nutritiva (Murillo Moreno , 2012)

4.4.5.3 Consecuencias

El hábito de chuparse el dedo es normal al principio de la vida pero puede llegar a ser patológico si se alarga en el tiempo.

A nivel óseo: provoca

- Paladar estrecho (ojival),
- Prognatismo superior (Maxilar superior tirado hacia delante: El dedo empuja en dicha dirección el hueso superior).
- Retrognatia inferior (Mandíbula inferior retrasada: El dedo frena su crecimiento).(Murillo Moreno , 2012)

A nivel dental nos podemos encontrar diversas situaciones:

- Incisivos superiores hacia adelante. En ocasiones espaciados entre ellos (diastemas).
- Incisivos inferiores hacia atrás.
- Mordida abierta anterior o lateral (existe espacio entre los dientes de arriba y los de abajo en la zona donde se coloca el dedo)
- Mordida cruzada uní o bilateral (por el paladar estrecho (Murillo Moreno , 2012)

Succión Digital: en consecuencia la succión digital causa

- Distoclusión
- Retro inclinación de incisivos inferiores
- Mordida abierta anterior
- Mordida cruzada
- Resalte superior
- Colapso maxilar (Murillo Moreno , 2012)

El tipo de maloclusión que puede desarrollarse depende de múltiples variables como la posición del dedo, la intensidad, frecuencia y duración de la succión, la morfología esquelética facial, el número de dedos succionados, etc

La forma más frecuente es la succión del pulgar, la que provoca mordida abierta anterior (asimétrica y circunferencial) con protrusión dentoalveolar superior y retrusión incisiva inferior. Además, si se succiona fuertemente puede generarse una mordida cruzada debido a una compresión transversal del maxilar superior (Herrera Correa, 2010)

4.4.5.4 Tratamiento

Los datos de la literatura sugieren que el tratamiento del hábito de la succión del pulgar debe ser tratado desde tres aspectos:

1. Tratamientos psicológicos (persuasivos),
2. Aparatología (aparatos de ortopedia y ortodoncia) que dificulte el hábito
3. 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. (Navas Garcia , 2012)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo descriptivo ya que determinó la situación de las variables que se estudiaron, por su alcance temporal es transversal puesto que la recolección de los datos se la realizó durante una cantidad de tiempo limitada, tiempo comprendido entre los meses de mayo - julio del año 2014.

El área de estudio en la que se realizó la investigación fue la Universidad Nacional de Loja, el universo corresponde a 8228 estudiantes de la modalidad de estudios presencial; de forma aleatoria se tomó una muestra correspondiente a 894 estudiantes, siendo 442 de sexo masculino y 452 de sexo femenino, la presente investigación tomo como muestra a la población estudiantil de sexo femenino de las cuales 328 estudiantes presentaron hábitos parafuncionales.

Los criterios de inclusión lo conformaron: estudiantes de género femenino, estudiantes que deseen participar y expresen su consentimiento por escrito, estudiantes que practican hábitos parafuncionales. Mientras que los criterios de exclusión lo conformaron; estudiantes de género masculino; estudiantes que habiendo sido seleccionados aleatoriamente no deseen o puedan participar en la investigación, estudiantes que están incapacitados de realizarse el examen odontológico, estudiantes que no practican hábitos parafuncionales.

Las técnicas utilizadas fueron la observación clínica, de patologías propias de la cavidad oral y características extraorales de cada estudiante, la aplicación de la Historia Clínica odontológica para la recopilación de datos generales de los estudiantes que intervinieron en el estudio, y, el respectivo diagnóstico clínico estomatognático. Como constancia de la atención integral al estudiante se le hizo la entrega de un carnet.

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue, la Historia Clínica Odontológica, misma que constituye un documento médico legal, para recopilación de datos informativos de diagnóstico odontológico.

Para la determinación de la presencia de hábitos parafuncionales se tomó en consideración el criterio de los autores Martínez, 2011; Cortes, 2013; Maturana,

2011; Delgado, 2010; Muñoz, 2011; Agurto V , Díaz M., & Cádiz D., 2009; Arevalo , 2012; y se utilizó la siguiente forma de medición.

VARIABLE	CONCEPTO	CLÍNICAMENTE
Morder objetos	Interposición de objetos como lápices, botellas, chapas, lentes, palillos de fósforos, piercing, entre las piezas dentales anteriores o sectores laterales.	Se puede detectar la presencia del hábito preguntándole al paciente directamente si realiza o no dicha actividad. Examen intraoral Durante la exploración clínica se puede observar la presencia de pequeñas fractura o desgaste en el borde incisal de los incisivos superiores. (Martinez , 2011)
Destapar botellas con los dientes	Uso de las piezas dentales como herramientas para destapar botellas.	Se interroga al paciente si ejecuta dicho hábito. Examen intraoral A nivel dentario se observa grietas, hendiduras, traumatismos y desgaste dentario en determinada zona por lo general a nivel de premolares. (Cortes, 2013)
Consumo de Sustancias Acidas	Consumir de manera continua y constante sustancias o alimentos ácidos.	Se interroga al paciente si es consumidor de sustancias ácidas Examen intraoral -Desgaste del Esmalte dentario (Pérdida de brillo) y forma más redondeada. -Cambio de color, se observan más amarillentos.

		<p>-Fisuras y fracturas en las superficies incisales</p> <p>-Sensibilidad a los cambios térmicos (frío/calor) y a los dulces, por exposición de la dentina.</p> <p>-Lesiones en forma de copa; en las superficies masticatorias. (Maturana, 2011) y (Delgado, 2010),</p>
Onicofagia	Es el hábito de morderse las uñas de manera repetida y compulsiva.	<p>Se pregunta al paciente si realiza dicha actividad.</p> <p>Examen extraoral: Observar manos del paciente detectando presencia de inflamación, elevación de los bordes laterales, formaciones verrugosas, hemorragias subungueales.</p> <p>Examen intraoral Observar presencia de microfracturas o desgaste a nivel de incisivos centrales superiores. (Muñoz, 2011)</p>
Interposición Lingual	La interposición lingual consiste en la colocación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior o entre los sectores laterales.	<p>Examen intraoral Observamos</p> <p>-Lengua colocada por detrás de los dientes superiores al tragar.</p> <p>-Lengua colocada por detrás</p>

de los dientes en reposo.

-Labios incompetentes

-Labio superior hipotónico
inferior hipertónico.

-Falta de contacto entre
dientes anteriores y
posteriores.

-Protrusión incisivos
superiores.

-Mordida abierta región
anterior y superior. (Agurto V ,
Díaz M., & Cádiz D., 2009).

Succión Digital

Introducción a la boca
de 1 o más dedos, La
severidad de esta
anomalía depende de
la frecuencia,
intensidad y posición
del dedo dentro de la
boca

Examen extraoral

-Los dedos: para comprobar su
limpieza o la presencia de
callosidades.

Examen intraoral

-Protrusión

-Retro inclinación de los incisivos
inferiores

-Mordida abierta anterior.

-Estrechamiento de la arcada
superior.

-Mordida cruzada. (Arevalo ,
2012).

Con la utilización de la estadística descriptiva, se procedió a organizar, graficar e interpretar los resultados, pudiendo determinar porcentualmente la prevalencia puntual (Pt) de los hábitos parafuncionales, considerando como prevalencia puntual a la probabilidad de que un individuo en una población, presente, una determinada característica en un punto del tiempo, se estimó la

$$\hat{P}_t = \frac{C_t}{N_t},$$

prevalencia puntual con la fórmula donde Ct es el número de casos prevalentes y Nt es la población encuestada, considerando que la prevalencia puntual es una proporción, su valor oscila entre 0 y 1, siendo frecuente expresarla en términos de porcentaje, la prevalencia se la puede considerar como baja, cuando va del 0 al 0,30; mediana del 0,31 al 0,70 y alta del 0,71 al 1. Esta clasificación obedece al pensamiento general que se utiliza para la tabulación de datos que ejecuta el INEC Instituto Nacional Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, además en este estudio se pudo determinar el hábito parafuncional más frecuente en la población estudiantil diagnosticada, así como el menos frecuente.

Con ello los resultados obtenidos se presentaron en porcentajes, utilizando el programa Microsoft Excel y Microsoft Powerpoint para realizar la socialización del trabajo investigativo.

El macroproyecto fue financiado por los estudiantes de decimo módulo de la carrera de Odontología del periodo lectivo 2013-2014 y el financiamiento de este proyecto estuvo a cargo del autor.

6. RESULTADOS

Cuadro 1

Estudiantes de la UNL (modalidad de estudios presencial) que corresponden a la muestra de estudio del macroproyecto “**VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL**”

SEXO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	452	50,55%
MASCULINO	442	49,45%
TOTAL	894	100%

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: Del total de los estudiantes que se les aplicó el diagnóstico clínico odontológico, 452 de sexo femenino correspondiendo al 50,55%; y, 442 son de sexo masculino correspondiendo al 49,45%;

Cuadro 2

Estudiantes de la UNL, que presentan algún tipo de habito parafuncional.

PREVALENCIA DE LOS HÁBITOS PARAFUNCIONALES			
	FRECUENCIA	PREVALENCIA PUNTUAL	PORCENTAJE
SI	328	0.72	72%
NO	124	0.27	27%
TOTAL	452	0.99	99%

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: Podemos observar que la prevalencia puntual de hábitos parafuncionales es del 0.72, correspondiendo porcentualmente al 72% (328 estudiantes), pudiendo considerar que existe una alta prevalencia de hábitos parafuncionales en la población estudiada.

Cuadro 3

Estudiantes de la UNL, con el hábito de Consumo de Sustancias Ácidas

CONSUMO DE SUSTANCIAS ÁCIDAS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	152	46,34%
NO	176	53,66%
TOTAL	328	100%

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: De las 328 estudiantes diagnosticadas, 152 estudiantes consumen sustancias ácidas correspondiendo a un 46,34%; mientras que 176 estudiantes no consumen sustancias ácidas correspondiendo a 53,66%.

Cuadro 4

Tipo de sustancia ácida que habitualmente consumen las estudiantes de UNL

TIPO DE SUSTANCIAS ÁCIDAS CONSUMIDA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIMÓN CON SAL	43	28,29%
CÍTRICOS (Naranja, limón)	67	44,07%
CHICLES ÁCIDOS	2	1,32%
MANGO CON SAL	2	1,32%
NO ESPECIFICÓ	38	25%
TOTAL	152	100%

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: De las 152 estudiantes que reportaron consumir sustancias ácidas, 67 estudiantes consumen cítricos (limón, naranja, toronja) correspondiendo al 44,07%; 43 estudiantes consumen limón con sal correspondiendo al 28,29%; 2 estudiantes consumen mango con sal correspondiendo al 1,32%; 2 estudiantes consumen chicles ácidos correspondiendo al 1,32%; y, 38 estudiantes no especificaron el tipo de sustancia ácida consumida correspondiendo al 25%.

Cuadro 5

Estudiantes de la UNL con el hábito de mordedura de objetos.

MORDEDURA DE OBJETOS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	170	51,83
NO	158	48,17
TOTAL	328	100

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: De las 328 estudiantes diagnosticadas, 170 indicaron practicar el hábito de morder objetos correspondiendo al 51,83%; mientras que 158 reportaron no ejecutar dicho hábito correspondiendo al 48,17%.

Cuadro 6

Tipo de objeto que habitualmente interponen entre las piezas dentales las estudiantes de la UNL

TIPO DE OBJETO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESFEROS	130	76,47%
TAPAS	3	1,76%
LÁPIZ	7	4,12%
NO ESPECIFICÓ	30	17,65%
TOTAL	170	100%

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: Podemos observar que de las 170 estudiantes que reportaron morder objetos, 130 estudiantes interponen entre sus dientes esferos correspondiendo al 76,47%; 7 estudiantes interponen entre sus dientes lápices correspondiendo al 4,12%; 3 estudiantes interponen entre sus dientes tapas correspondiendo al 1,76%; y 30 encuestadas no especificaron el objeto interpuesto entre sus piezas dentales correspondiendo al 17,65%.

Cuadro 7

Estudiantes de UNL con el hábito de Interposición lingual.

INTERPOSICIÓN LINGUAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	7,62
NO	303	92,38
TOTAL	328	100

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: En la siguiente tabla se indica que de las 328 estudiantes de género femenino diagnosticadas; 25 estudiantes señalaron interponer la lengua sobre sus piezas dentales correspondiendo al 7,62%; mientras que 303 estudiantes no practican dicho hábito correspondiendo al 92,38%.

Cuadro 8

Estudiantes de UNL con el hábito de Onicofagia

ONICOFAGIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	119	36,28%
NO	209	63,72%
TOTAL	328	100%

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: En la siguiente tabla podemos observar que de las 328 estudiantes de sexo femenino diagnosticadas; 119 estudiantes reportaron tener el hábito de onicofagia correspondiendo a 36,28%; mientras que 209 no presentan dicho hábito correspondiendo a 63,72%.

Cuadro 9

Estudiantes de UNL con el Hábito de destapar botellas con los dientes

DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	38	11,59%
NO	290	88,41%
TOTAL	328	100%

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: se puede observar en la siguiente tabla que de las 328 estudiantes diagnosticadas 38 estudiantes tiene el hábito de destapar botellas con sus piezas dentales correspondiendo al 11,59%; mientras que 390 estudiantes no destapan botellas con sus piezas dentales correspondiendo al 90,97%.

Cuadro 10

Estudiantes de UNL con el hábito de Succión digital.

SUCCIÓN DIGITAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	0,92%
NO	325	99,08%
TOTAL	328	100%

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: se indica en la siguiente tabla que de las 328 estudiantes diagnosticadas, 3 estudiantes reportaron tener el hábito de succión digital, correspondiendo al 0,92%; mientras que 418 estudiantes no practican dicho habito correspondiendo al 99,08%.

Cuadro 11

Localización habitual de la succión digital en las estudiantes de UNL

LOCALIZACIÓN DE LA SUCCIÓN DIGITAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PULGAR	1	33,33%
NO ESPECIFICÓ	2	66,67%
Total	3	100

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: De las 3 estudiantes que reportaron practicar el hábito de succión digital, 1 estudiante especificó la localización de la succión digital en pulgar, correspondiente al 33,33 %; mientras que 2 estudiantes no especificaron dicha localización correspondiendo al 66,67%.

Cuadro 12

Hábito parafuncional de mayor frecuencia en las estudiantes de UNL

FRECUENCIA DEL HÁBITO PARAFUNCIONAL						
HABITOS	FRECUENCIA		TOTAL	PORCENTAJE		TOTAL
	SI	NO		SI	NO	
MORDEDURA DE OBJETOS	170	158	328	51,83%	48,17%	100%
CONSUMO DE SUSTANCIAS ÁCIDAS	152	176	328	46,34%	53,66%	100%
ONICOFAGIA	119	209	328	36,28%	63,72%	100%
DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES	38	290	328	11,59%	88,41%	100%
INTERPOSICIÓN LINGUAL	25	303	328	7,62%	92,38%	100%
SUCCIÓN DIGITAL	3	325	328	0,92%	99,08%	100%

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a las estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

Interpretación: en la siguiente tabla podemos identificar que el hábito que con mayor frecuencia se presenta en las estudiantes de sexo femenino de la Universidad Nacional de Loja es la mordedura de objetos con un porcentaje del 51,83%; seguido del consumo de sustancias ácidas con un 46,34%; seguido por la onicofagia con un porcentaje del 36,28%; seguido del hábito de destapar botellas con los dientes con un porcentaje del 11,59%; seguido del hábito de interposición lingual con un porcentaje del 7,62%; siendo la succión digital el hábito menos practicado con un porcentaje del 0,92%.

7. DISCUSIÓN

Los hábitos bucales parafuncionales provienen de la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente. (Rosales Jauregui, 2013) Estos constituyen unas de las principales causas de alteraciones producidas en los órganos y musculatura oro-facial que traen como consecuencia el compromiso en diferente grado, de procesos tan importantes en el ser humano como: la respiración, masticación, deglución, succión, articulación y la fonación; los mismos pueden presentarse en niños, adolescentes y adultos. (Cayo, 2013)

El presente estudio tiene como finalidad conocer la prevalencia de hábitos parafuncionales en la población estudiantil de sexo femenino de 18 a 30 años de edad de la Universidad Nacional de Loja modalidad de estudios presencial. Así se pudo determinar que la prevalencia puntual de los hábitos parafuncionales en dicha población fue del 72%, Los resultados son diferentes al estudio publicado por la Revista internacional de prótesis estomatológica, en donde se demostró que la prevalencia de hábitos parafuncionales en la población de estudiantes de Odontología, de entre 20 y 45 años, fue del 42%. (Gil, Suárez, Lozano, & Salido, 2009), Sin embargo en el estudio publicado por la Revista Peruana, acerca de la Asociación entre hábitos parafuncionales de la cavidad bucal y los trastornos temporomandibulares en adolescentes se pudo determinar que la prevalencia de los hábitos parafuncionales fue elevada (86.5%), concordando con los resultados obtenidos en el presente estudio.

El estudio realizado en México en el 2009 encontró una incidencia de un 35% en el hábito de onicofagia. (Ocampo & Johnson, 2013,02,12) , de la misma forma el estudio publicado por la Revista Peruana, acerca de la Asociación entre hábitos parafuncionales de la cavidad bucal y los trastornos temporomandibulares en adolescentes determinó que el hábito parafuncional con mayor presencia fue la onicofagia, este estudio se lo realizó en 258 adolescentes con una edad promedio de 12.7 ± 0.71 años. (Munoz & Vázquez,

2011,22). Estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos en el presente estudio, pues la onicofagia fue el tercer hábito parafuncional más frecuente en la población estudiada alcanzando un porcentaje del 36,28%,

Según el estudio denominado Prevalencia de Facetas de Desgaste, se determinó que 44 pacientes (equivalente al 23,16%) reportaron tener el hábito de consumir sustancias ácidas de ellos 21 fueron mujeres (11,05%), De manera similar en el estudio se informó que el hábito de masticar objetos extraños se presentó en 18.42%, equivalente a 35 pacientes de la muestra, este estudio se lo realizó en una población de 190 pacientes. (Cava, 2010). Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en el presente trabajo investigativo ya que el hábito de morder objetos fue el más frecuente en la población femenina estudiada con un porcentaje del 51,83%, seguido del hábito de consumo de sustancias ácidas alcanzando un porcentaje de 46,34%.

Según el artículo publicado por la Revista Salud Coomeva Medicina Prepagada “Los adultos también tienen hábitos nocivos” se manifestó que los hábitos nocivos en el campo bucal son frecuentes y no sólo se presentan en los niños, también los adultos adquieren algunos que manifiestan en forma repetitiva afectando de manera seria su salud. Los hábitos como morderse y/o comerse las uñas, morder objetos inadecuados, afectan la estructura dental y en casos severos, producir trastornos de músculos masticatorios y A.T.M. (Zapata , 2009), Estas deducciones, son similares a las obtenidas en este trabajo investigativo pues de todos los hábitos que fueron diagnosticados el morder objetos, consumir sustancias acidas y la onicofagia fueron los más frecuentes, pudiendo alterar el correcto funcionamiento del sistema Estomatognático.

8. CONCLUSIONES

El presente trabajo investigativo, ha permitido determinar las siguientes conclusiones:

- Se determinó que la prevalencia puntual de hábitos parafuncionales en las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, de la modalidad de estudios presencial es de 0.72 correspondiendo en términos porcentuales al 72%, indicando una alta prevalencia de hábitos parafuncionales con lo que se ha llegado a determinar, no solo la existencia de dichos hábitos, sino también la verificación positiva de uno de los objetivos planteados en el presente trabajo académico de tesis.
- Se pudo concluir que el hábito que con mayor frecuencia se presenta en las estudiantes de sexo femenino de la Universidad Nacional de Loja es la mordedura de objetos con un porcentaje del 38,95%; siendo el esfero el objeto que con mayor frecuencia se interpone entre los dientes corresponde al 75%.
- La succión digital fue el hábito que con menor frecuencia presentaron las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, de la modalidad de estudios presencial, con un porcentaje del 0,71%.

9. RECOMENDACIONES

Al finalizar la presente investigación se recomienda lo siguiente:

- Al Ministerio de Salud Pública, para que dentro del presupuesto anual se implemente recursos destinados a la promoción de salud bucal y prevención de las patologías del Sistema Estomatognático.
- A la Universidad Nacional de Loja, para que se impartan charlas educativas para motivar a los estudiantes brindando información sobre las consecuencias de presentar hábitos parafuncionales.
- Al Área de la Salud Humana, para que trabajen de manera mancomunada todas las carreras y se pueda disminuir la alta prevalencia de hábitos parafuncionales.
- A la Carrera de Odontología, para que ejecute programas de interés al alumnado de la Universidad Nacional de Loja, incentivando a identificar las causas que podrían provocar la aparición de los hábitos parafuncionales.
- A los estudiantes Universidad Nacional de Loja, para que creen conciencia, sobre las consecuencias de la práctica de los hábitos parafuncionales.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Pedroche, J. L. (15 de Agosto de 2012). *Una Boca para toda la Vida*. Recuperado el 30 de 09 de 2014, de <http://unabocaparatodalavida.blogspot.com/2012/08/presentamos-el-caso-de-un-adulto-de-30.html>
2. Marino Sanllehi, E. (10 de 05 de 2011). *Sistema estomatognático*. Recuperado el 3 de 07 de 2014, de <http://es.slideshare.net/edomarino/sistema-estomatognatico>
3. Silverwings. (06 de Abril de 2013). *La expresión vocal*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de <http://curso-de-canto.com/escuela-de-musica/la-expresion-vocal/>
4. *My Strange Addiction*. (13 de Septiembre de 2011). Recuperado el 30 de Septiembre de 2014, de <http://digiguide.tv/pick-of-the-day/13+September+2011/documentary-my-strange-addiction/>
5. Agurto V , P., Díaz M., R., & Cádiz D., O. (2009). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Revista chilena de pediatría*.
6. Agurto, P. (2010). Recuperado el 17 de 06 de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41061999000600004&script=sci_arttext#10
7. Anselmo Apodaca , L. (05 de 09 de 2012). *Sistema estomatognático*. Recuperado el 22 de 07 de 2014, de <http://tecnicasdentales.com.ar/?p=943>
8. Arevalo , D. (22 de Febrero de 2012). *Succión digital*. Recuperado el 24 de Julio de 2014, de <http://www.guioteca.com/odontologia/succion-digital-que-riesgos-tiene-y-como-la-detengo/>

9. Avellaneda, J. (Mayo de 2014). *Posturas y Hábitos que despiertan el CAT*. Recuperado el septiembre de 2014, de <http://drlarenaavellaneda.blogspot.com/p/posturas-y-ha.html>
10. Borge, M., J. N. (18 de Mayo de 2011). *Motilidad del tracto intestinal*. Recuperado el 09 de 28 de 2014, de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/fisiologia-humana-2011-g367/material-de-clase/bloque-tematico-5.-fisiologia-del-aparato/tema-2.-motilidad-del-tracto-intestinal/tema-2.-motilidad-del-tracto-intestinal>
11. CABAÑAS LORES, C. (27 de 07 de 2010). *Hábitos Bucales* . Recuperado el 24 de 07 de 2014, de http://www.ecured.cu/index.php/H%C3%A1bitos_bucales
12. Castells Rodellas, A. (11 de 11 de 2013). *Onicofagia la imperiosa necesidad de morderse la uñas*. Recuperado el 18 de 06 de 2014, de <http://aedv.es/profesionales/actualidad/dermagazine/articulos/onico-fagia-la-imperiosa-necesidad-de-morderse-las>
13. Cava, C. (2010). *Prevalencia de facetas de desgaste*. Recuperado el 19 de 06 de 2014, de http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2012/Kiruv.9/Kiru_v.9_Art9.pdf
14. Cayo, S. (2013). Recuperado el 18 de 06 de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/159581967/HABITOS-BUCALES>
15. Cepero, Z., Hidalgo, G., Duque, J., & Pérez, J. (2010). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista cubana de estomatología* , 1-13.
16. Cortes, J. C. (12 de 06 de 2013). *Hábitos que dañan nuestros dientes*. Recuperado el 27 de 09 de 2014, de <http://ceoo.com.mx/blog/h%C3%A1bitos-que-da%C3%B1an-nuestros-dientes>
17. Dario. (2013). *Propdental*. Recuperado el 26 de 07 de 2014, de <http://www.propdental.es/blog/odontologia/habitos-orales/>

18. Delgado. (18 de Noviembre de 2010). *Cítricos que pueden dañar los dientes* . Recuperado el 24 de 07 de 2014, de <http://www.vitonica.com/prevencion/los-citricos-pueden-danar-los-dientes>
19. Dominicana, P. d. (08 de Junio de 2010). *El pH en nuestra vida*. Recuperado el 30 de 09 de 2014, de <http://www.educando.edu.do/articulos/estudiante/el-ph-en-nuestra-vida/>
20. Galiano Ramos, A. (03 de Enero de 2009). Obtenido de <http://www.iqb.es/monografia/fichas/ficha047.htm>
21. Gil, F., Suárez, M., Lozano, & Salido, M. P. (2009). Prevalencia de hábitos parafuncionales en una población de adultos jóvenes estudiantes universitarios. *Revista internacional de prótesis estomatológica*, 275-279.
22. Gonzales. (07 de 05 de 2013). *Alimentos que dañan los dientes* . Recuperado el 23 de 07 de 2014, de <http://www.am.com.mx/leon/especiales/alimentos-que-da%C3%B1an-los-dientes-29607.html>
23. Herrera Correa, C. (2010). *Anomalías dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonoarticulatorias en la población endogámica del archipiélago de Juan Fernández*. Santiago-Chile.
24. JULIETH , A. (05 de 05 de 2009). *Patologías del sistema estomatognático*. Recuperado el 23 de 07 de 2014, de <http://www.efisioterapia.net/articulos/patologias-del-sistema-estomatognatico>
25. León , M. (2011). *Cavidad Oral* . Recuperado el 27 de Septiembre de 2014, de http://mirandaalonzo.blogspot.com/2011_02_01_archive.html
26. Lizarbe, L. (2011). Onicofagia frente a la estética dental, presentación de un nuevo método para el tratamiento de la Onicofagia. *Gaceta dental industria y profesiones*, 105,46-52.

27. Manns Freese, A. (2011). *SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO BASES BIOLÓGICAS Y CORRELACIONES CLÍNICAS*. AMOLCA.
28. Martín Sanjuán., C. (16 de septiembre de 2011). *Hábitos parafuncionales orales* . Recuperado el 24 de julio de 2014, de <http://www.gacetadental.com/2011/09/hbitos-parafuncionales-orales-en-una-poblacin-de-pacientes-especiales-25570/>
29. Martinez . (2011). *Hábitos que deberias evitar por tus dientes*. Recuperado el 24 de 06 de 2014, de <http://www.clinicaferrusbratos.com/implantes-dentales/habitos-que-deberas-evitar-por-tus-dientes/>
30. Martinez , J., González , C., & Correa , E. (2009). Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. *APAL*, 40-44.
31. Maturana, S. M. (14 de Junio de 2011). *Erosión ácida dental*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/DraStellaMarisMaturana/erosin-cida>
32. Medina , G. (14 de Febrero de 2011). *SENTIDOS QUIMICOS: Proceso normal, fisiología y Agnosias*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2014, de <http://personal123rb.blogspot.com/>
33. MULET BONO , S. (12 de Julilio de 2013). *Malos hábitos bucales*. Recuperado el 24 de Julio de 2014, de <http://www.dentalmulet.com/malos-habitos-bucales-1353>
34. Munoz , G., & Vázquez, L. (2011,22). Asociacion entre hábitos parafuncionales de la cavidad bucaly los transtornos temporomandibulares en adolescentes. *Revista Peruana* .
35. Muñoz, A. (2011). *Onicofagia*. Recuperado el 24 de Julio de 2014, de <http://es.slideshare.net/MarcioRosalesJauregui/habitos-ortodoncia>
36. Murillo Moreno , L. (14 de Febrero de 2012). *Análisis funcional del sistema estomatognatico* . Recuperado el 24 de Julio de 2014, de

<http://es.slideshare.net/LuisaFernandaMurillo/analisis-funcional-del-sistema-estomatognatico>

37. Navas Garcia , C. (Febrero de 2012). *HÁBITOS ORALES*. Obtenido de http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf
38. Nufragodent. (s.f.). *La onicofagia: Causas y consecuencias*. Obtenido de <http://es.paperblog.com/la-onicofagia-causas-y-consecuencias-331721/>
39. Ocampo, A., & Johnson, N. (2013,02,12). Hábitos Orales comunes revision de literatura. *Rev. Nac. Odontol*, 83-90.
40. OdontoFarma. (s.f.). *La masticación: Vital para la salud humana*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de <http://www.odontologos.mx/pacientes/noticias/noticias.php?id=374>
41. Queiroz Marchesan, I. (2010). *Deglución diagnóstico y posibilidades terapéuticas*. Recuperado el 24 de 07 de 2014, de <http://www.cefac.br/library/artigos/780fdf14277b1af07db1a4926024c68f.pdf>
42. Reyes, M. (29 de 03 de 2012). *hábitos que dañan tus dientes*. Recuperado el 23 de 07 de 2014, de <http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/9-habitos-que-danan-tus-dientes>
43. Ricart, N. (26 de Febrero de 2012). *La Cavidad Bucal*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2014, de http://topicosembriologicos.blogspot.com/2012_02_01_archive.html
44. Roca, I. (2011). *Parafunciones orales*. Recuperado el 26 de 07 de 2014, de Propdental: <http://www.propdental.es/blog/odontologia/parafunciones-orales/>
45. Rojas , R. (05 de 09 de 2010). *Sistema Estomatognático*. Recuperado el 16 de 07 de 2014, de

<http://morontecaturaim.es.blogspot.com/2010/09/sistema-estomatognatico.html>

46. Rosales Jauregui, M. (05 de Julio de 2013). *Hábitos*. Recuperado el 24 de Julio de 2014, de <http://es.slideshare.net/MarcioRosalesJauregui/habitos-ortodoncia>
47. Sandoval, P. (2011). *Malos hábitos* . Recuperado el 24 de Julio de 2014, de <http://www.med.ufro.cl/Recursos/ortodoncia/images/Malos%20h%E1bitos.pdf>
48. Sanllehi, E. (10 de mayo de 2011). *Parafunción*. Recuperado el 24 de julio de 2014, de <http://es.slideshare.net/edomarino/parafuncin>
49. Silva, A. (2012). *Hábitos que dañan*. Recuperado el 24 de 07 de 2014, de <http://www.sld.cu/saludvida/bucodental/temas.php?idv=18908>
50. Taringa. (2010). *Gestos involuntarios - lenguaje corporal*. Recuperado el 24 de julio de 2014, de <http://www.taringa.net/posts/imagenes/5336997/Gestos-involuntarios---lenguaje-corporal.html>
51. Trejo Peralta, J. (18 de Noviembre de 2011). *Parafunciones Del Sistema Estomatognático*. Recuperado el 24 de julio de 2014, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Parafunciones-Del-Sistema-Estomatogn%C3%A1tico/4159643.html>
52. Von Manfred Pantförder . (16 de Octubre de 2009). *Spiegelneuronen: Nachahmer-Effekt*. Recuperado el 30 de 09 de 2014, de <http://www.onmeda.de/g-psychologie/spiegelneuronen-274.html>
53. Zaldivar, M. (29 de 09 de 2010). *Deglucion anormal*. Recuperado el 24 de 07 de 2014, de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc210610.pdf>
54. Zapata , J. (2009). Los adultos tambien tienen hábitos nocivos. *Revista de salud coomeva*.

11. ANEXOS



Grafico # 1 Estudiante con facetas de desgaste dental, por consumo de sustancias ácidas



Grafico # 2 Estudiante con facetas de desgaste dental, por consumo de sustancias ácidas



Grafico # 3. Estudiante con facetas de desgaste dental, por consumo de sustancias ácidas



Grafico # 4. Estudiante con mordida abierta anterior, interposición lingual



Grafico # 5. Estudiante con mordida abierta anterior, por interposición lingual



Grafico # 6. Mesa de instrumental



Grafico # 7. Realización de diagnósticos clínico odontológico



Grafico # 8. Realización de diagnósticos clínicos



Grafico # 9. Realización de diagnósticos clínicos odontológico



Grafico # 10. Realización de diagnósticos clínicos odontológicos

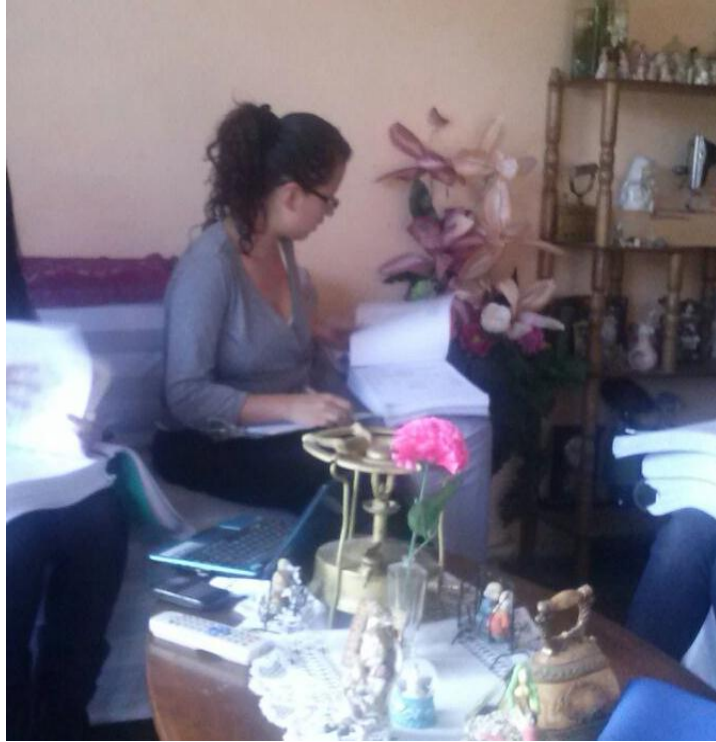


Grafico # 11. Realización la tabulación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS GÉNERO: F M

CI. ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO UNIÓN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO LUGAR DE PROCEDENCIA: LUGAR DE RESIDENCIA:

CARRERA: CICLO: TELÉFONO:

TRABAJA: SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD SI NO QUE ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO? SI NO QUE FARMACO?

ALERGIAS SI NO CUAL?

EMBARAZO: SI NO

GASTRITIS SI NO REFLUJO GASTRICO SI NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS SI Parentesco NO

HTA SI Parentesco NO

CANCER SI Parentesco NO

OTROS

HÁBITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: una vez a la semana más de dos veces al mes ocasionalmente nunca

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frecuente poco frecuente nunca

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI NO QUE ACTIVIDAD

OTROS:

HABITOS DE HIGIENE BUCAL

Óptimo	<input type="checkbox"/>	Cepilla 1 vez	<input type="checkbox"/>	Utiliza hilo dental	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>	Cepilla 2 veces	<input type="checkbox"/>	Utiliza enjuague bucal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>	Cepilla 3 veces	<input type="checkbox"/>					
		Otros	<input type="checkbox"/>					

CONTROL ODONTOLÓGICO

Óptimo	<input type="checkbox"/>	visitas al Odontólogo	1 vez al año	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>	visitas al Odontólogo	2 veces al año	<input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>	visitas al Odontólogo	3 veces al año	<input type="checkbox"/>

PUNTOS DOLOROSOS

NEURALGIA DEL TRIGEMINO		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>							
FRONTAL	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>
MAXILAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>
MANDIBULAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>

GANGLIOS LINFÁTICOS:

TUMEFACIOS	SI	<input type="checkbox"/>
NORMAL	SI	<input type="checkbox"/>

ATM:

Función de ATM	RUIDO (click/crépito)	<input type="checkbox"/>	DESVIACIÓN	<input type="checkbox"/>	DEFLEXIÓN	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>
Dolor en la ATM	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>
Limitación en apertura	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Desviación mandibular a la apertura.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA	<input type="checkbox"/>
Pérdida de soporte Oclusal Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>

LABIOS:

Pigmentaciones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Labio fisurado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Queilitis angular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Color cianótico:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Otros Cuáles

Tonicidad labial

Hipertónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hipotónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Normal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FORMA DE ROSTRO

- Cuadrado
- Triangular
- Ovalado

BIOTIPO FACIAL:

- Braquicéfalo
- Normocéfalo
- Dolicocéfalo

ASIMETRÍA FACIAL:

FOTOGRAFÍA

SI

NO

DERECHA

SI

NO

IZQUIERDA

SI

NO

LINEA MEDIA FACIAL

recta

desviada

HABITOS

MORDEDURA DE OBJETOS

SI

NO

CUAL

CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS

SI

NO

CUAL

INTERPOSICION LINGUAL

SI

NO

DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES

SI

NO

ONICOFAGIA

SI

NO

BRUXISMO

SI

NO

RESPIRADOR BUCAL

SI

NO

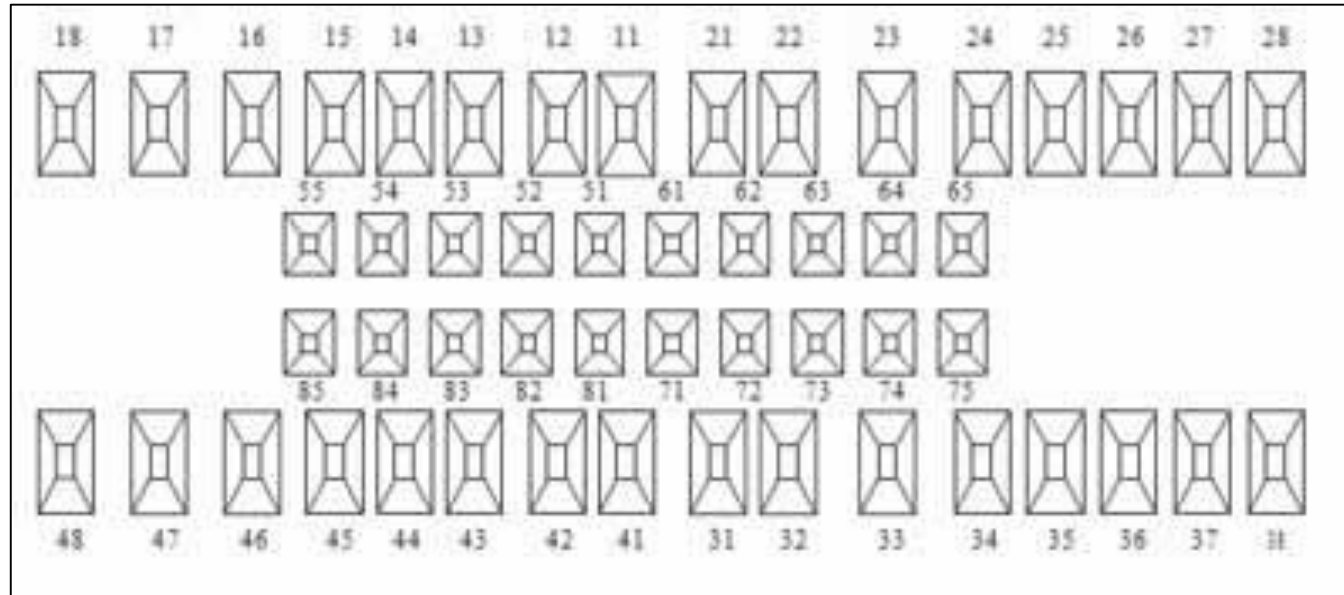
SUCCION DIGITAL

SI

NO

Localización

ODONTOGRAMA:



Porta ortodoncia fija

SI NO

Tuvo tratamiento ortodónico

SI NO

C

P

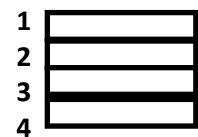
O

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

CUADRANTE 1



CUADRANTE 2



CUADRANTE 3



CUADRANTE 4



CLASE DE KENNEDY

CLASE I	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE II	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE III	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE IV	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

PORTADOR DE PROTESIS

P. FIJA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tipo	<input type="checkbox"/>
P.REMOVIBLE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MATERIAL	<input type="checkbox"/>
P. TOTAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNI/ BIMAXILAR	<input type="checkbox"/>

LESIONES NO CARIOSAS SI NO

Erosión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Clase I	<input type="checkbox"/>	clase II	<input type="checkbox"/>	clase III	<input type="checkbox"/>
Abrasión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						
Atrición	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>
Abfracción	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						
Fluorosis dental	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuestionable	<input type="checkbox"/>	Muy leve	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>
							Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>

ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES

Supernumerarios	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>
Agnesia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>

PERDIDA POR PATOLOGIAS

Traumatismos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>
Caries	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>

OCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR:

Clase I	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase II	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase III	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
No aplicable			Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>

RELACIÓN CANINA:

Clase I	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase II	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase III	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
No aplicable			Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>

OVERJET	MEDIDA	<input type="checkbox"/>	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>
OVERBITE	MEDIDA	<input type="checkbox"/>	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>

MALOCLUSIONES

Mordida abierta Anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Mordida Abierta Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>
Mordida profunda	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Mordida cruzada anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Mordida cruzada posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>
Mordida bis a bis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				

APIÑAMIENTO DENTAL

Anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>
Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>

FORMA DE DIENTES

Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovalados	<input type="checkbox"/>
Cuadrados	<input type="checkbox"/>

PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL

MESIALISADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	DISTALIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>
LINGUALIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	VESTIBULARIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>
EXTRUIDAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	INTRUIDAS	Pieza	<input type="checkbox"/>

MAXILAR:

Forma de arcada	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Cuadrado
Triangular
Ovoidal

PALADAR DURO

Torus palatino	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Comunicación bucosinusal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Atresia maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Micrognatismo maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Macrognatismo Maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Petequias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PALADAR BLANDO

Lesiones Ulcerosas Aftas mayores Aftas menores Lesiones Herpéticas

MANDIBULA

Forma de arcada
Cuadrado
Triangular
Ovoidal

MUCOSA ORAL

Lesiones Blancas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localización	<input type="checkbox"/>
Lesiones Rojas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localización	<input type="checkbox"/>
Lesiones Ulcerosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localización	<input type="checkbox"/>

EPULIS TRAUMATICO SI NO Localizado Carrillos Localizado Reborde

PISO DE LA BOCA:

Ránula	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localización	<input type="checkbox"/>
Hipertrofia de frenillo lingual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Torus lingual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

CARRILLOS:

Aftas o estomatitis SI NO

GLÁNDULAS SALIVALES:

	G. Parótida	G. Submaxilar	G. Sublingual
Tumefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción Purulenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluidez Salival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstrucción de conductos salivales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PH SALIVAL

ÁCIDO (ROJO)

BÁSICO (AZUL)

NORMAL (NO HAY CAMBIO)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

FRENILLO LABIAL

NORMAL

INSERCIÓN BAJA

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

APÉNDICE DE FRENILLO

Produce diastemas a nivel incisivos

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FRENILLO LINGUAL

NORMAL

ANQUILOGLOSIA

PRODUCE PROBLEMAS FONÉTICOS

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

LENGUA:

FISURADA

GEOGRÁFICA

MACROGLOSIA

PATOLOGÍA PULPAR:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

1. Inspección

Cambio de color	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Caries penetrante	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Exposición pulpar	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Líneas de fisura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Fistula	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Microfiltración	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Fractura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Tejidos Dentales						
Coronaria		<input type="text"/>				
Radicular		<input type="text"/>				
Corono-radicular		<input type="text"/>				
Tejidos de Soporte						
Contusión		<input type="text"/>				
Subluxación		<input type="text"/>				
Luxación		<input type="text"/>				
Intrusión		<input type="text"/>				
Avulsión		<input type="text"/>				

2. Análisis del fenómeno doloroso

§ Provocado	<input type="text"/>	§ Sordo	<input type="text"/>
§ Localizado	<input type="text"/>	§ Expansivo	<input type="text"/>
§ Corto	<input type="text"/>	§ Pulsátil	<input type="text"/>
§ Intermitente	<input type="text"/>	§ Irradiado	<input type="text"/>
§ Espontaneo	<input type="text"/>	§ Ocasional	<input type="text"/>
§ Difuso	<input type="text"/>	§ Constante	<input type="text"/>
§ Prolongado	<input type="text"/>	§ Agudo	<input type="text"/>
§ Continuo	<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>

3. Palpación

Coronaria	Sintomática	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Apical	Sintomático	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Tumefacción firme
Tumefacción Blanda
Asintomático

4. Percusión

Horizontal Positivo Negativo
Vertical Positivo Negativo

5. Pruebas térmicas

Frío Positivo Negativo Cede después del estímulo
Calor Positivo Negativo Al retirarlo persiste

6. Movilidad

Grado I Pieza
Grado II Pieza
Grado III Pieza

7. Sondaje periodontal

MV MeV DV
MP-L MeP-L DP-L

8. Diagnóstico Radiográfico

Cámara pulpar Normal
Modificada

Conductos radiculares Calcificación

Resorción interna
Resorción externa
Otros

Periápice

Lesión periapical Presente
Ausente

Ligamento periodontal

Normal
 Denso
 Roto

9. DIAGNÓSTICO
 NECROSIS PULPAR
 PULPITIS IRREVERSIBLE
 PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA
 PULPITIS REVERSIBLE
 ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO
 ABCESODENTO ALVEOLAR CON FISTULA
 ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA
 DESPULPADO / RETRATAMIENTO
 OTRO:

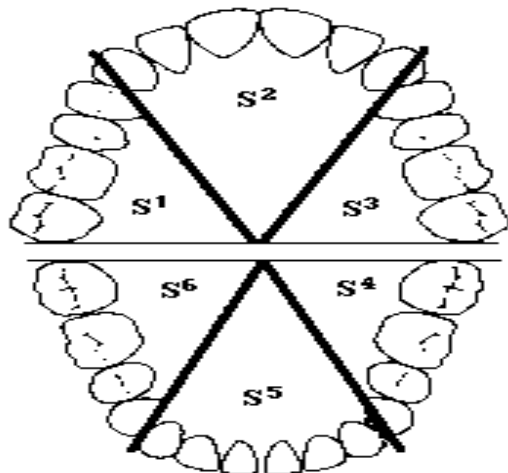
PATOLOGIA PERIODONTAL

EVALUACIÓN PERIODONTAL:

Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

0 Tejidos sanos
 1 Sangrado gingival
 2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas
 3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm



S 1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		

Código 0: Mantener las medidas de prevención.
 Código 1: Instrucción de higiene bucal
 Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes
 Código 3 y 4: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular

DIAGNOSTICO

OBSERVACIONES

VALORACIÓN DE RAMFJORD

- | | | | |
|----|--------------------------|----|--|
| G0 | <input type="checkbox"/> | G0 | AUSENCIA DE INFLAMACION |
| G1 | <input type="checkbox"/> | G1 | Zona enrojecida de encia que rodea diente |
| G2 | <input type="checkbox"/> | G2 | Gingivitis alrededor del diente |
| G3 | <input type="checkbox"/> | G3 | Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones |

PERIODONTITIS

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Perdida de inserción de 3 mm - LEVE | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Perdida de inserción de 3 - 6 mm - MODERADO | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Perdida de inserción mayor 6 mm - SEVERO | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL

- | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|--------------------------|

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona

CÁLCULO SUBGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #11 ó 21	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #24 ó 25	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #34 ó 35	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #31 ó 41	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #46 ó 45	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz

INDICE IHOS

Placa Bacteriana

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

Le gustaría recibir tratamiento odontológico

Si No Que tipo de tratamiento

Qué tipo de atención prefiere

Publica Privada

Conoce los servicios que ofrece la clínica odontológica de la UNL

Si No

Le gustaría ser atendido en la clínica odontológica de la UNL

Si No

Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontológico

Si No Porque

RESPONSABLE:

Índice

Portada	
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
1. Título	1
2. Resumen en castellano y traducido en inglés	2
3. Introducción	4
4. Revisión de literatura	6
5. Materiales y métodos	37
6. Resultados	42
7. Discusión	54
8. Conclusiones	56
9. Recomendaciones	57
10. Bibliografía	58
11. Anexos	64

Índice de Gráficos

Figura 1 Sistema Estomatognático	6
Figura 2 Cavidad Oral	8
Figura 3 Cavidad Bucal	9
Figura 4 Masticación	11
Figura 5 Sentido del gusto	12
Figura 6 Deglución	13
Figura 7 Fonoarticulación	14
Figura 8 Mordedura lápiz o bolígrafos	19
Figura 9 Destapar botellas con las piezas dentales	20
Figura 10 Consumo de sustancias ácidas	22
Figura 11 Alimentos Ácidos	23
Figura 12 Alimentación y pH	24
Figura 13 Interposición lingual	25
Figura 14 Onicofagia	29
Figura 15 Succión Digital	33

