

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**“ESTUDIO COMPARATIVO DE MALOS HABITOS
BUCALES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE
MALOCLUSIONES DENTOMAXILARES. NIÑOS
DE 06 A 09 AÑOS DE CANDARAVE Y CERCADO
TACNA-2004”**

**PRESENTADO POR LA:
BACH. LIZBETH COAYLA REYNOSO**

**TACNA-PERU
2005**

INDICE

Introducción 01

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. Determinación de Términos Básicos 03

2. Oclusión.....05

2.1 Oclusión Normal 05

2.1.1 Definición 05

2.1.2 Anatomía de la Normo Oclusión 05

2.2 Maloclusión (Oclusión Patológica) 06

2.2.1 Definición 06

2.2.2 Etiología de la Maloclusión 07

2.2.2.1 Hereditarias 07

2.2.2.2 Congénitas o Prenatales 08

2.2.2.3 Adquiridas (Deformaciones Post Natales) 09

2.3 Clasificación de las Maloclusiones 10

2.4 Malos Hábitos Bucales 12

2.4.1 Hábitos Bucales12

2.4.2 Malos Hábitos Bucales 12

I. Habito de Succión 13

I.1 Succión Digital 13

I.1.1 Fases Clínicas Del Hábito 14

I.1.2 Etiología15

I.1.3 Características Clínicas De Succión Digital 15

I.2 Succión del Chupete 16

I.2.1 Características Clínicas de Succión del Chupete 16

I.2.2 Beneficios del Uso del Chupete 17

I.2.3 Riesgos del Uso del Chupete 17

II. Habito de Respiración Bucal20

II.1	Etiología	22
II.2	Características Clínicas del Respirador Bucal.....	22
III.	Deglución Atípica o Empuje Lingual	23
III.1	Etiología	24
III.2	Tipos de Deglución Atípica	25
III.3	Características Clínicas de la Deglución Atípica	27
IV.	Hábito de Postura	27
IV.1	Características Clínicas de Postura	28
V.	Hábitos de Morder	29
V.1	Hábito de Onicofagia	29
V.1.1	Características Clínicas de la Onicofagia	29
V.2	Hábito de Queilofagia o Succión Labial	30
V.2.1	Características Clínicas del Hábito Queilofagia	30
V.3	Hábito de Glosofagia	30
V.3.1	Características Clínicas del Hábito de Glosofagia	31
VI.	Otros Hábitos Bucales	31
VI.1	Hábito de Morder Objetos	31
VI.2	Bruxismo	32
VI.2.1	Etiología	33
2.5	Población de Candarave	35
2.6	Población de Tacna	36
3.	Antecedentes de la Investigación	38

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1	Determinación del Problema	44
2.2	Objetivos	46
Objetivo General	46	
Objetivos Específicos	46	
2.3	Justificación	47

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Descripción del Ámbito de Estudio	50
3.2	Tipo de Diseño del Estudio	51
3.3	Población y Muestra	51
3.4	Criterios de Selección	52
	A) Criterios de Inclusión	52
	B) Criterios de Exclusión	52
3.5	Hipótesis	53
3.6	Operacionalización de Variables	53
3.7	Instrumento de Recolección de Datos	57

CAPITULO IV

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Resultados e Interpretación de Datos	58
--	----

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Discusión	119
-----------------	-----

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Conclusiones	126
--------------------	-----

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

Recomendaciones	129
-----------------------	-----

ANEXOS	131
--------------	-----

“Estudio Comparativo de Malos Hábitos Bucales asociados o a la Presencia de Maloclusiones Dentomaxilares. Niños de 06 a 09 Años de Candarave y Cercado Tacna-2004”

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	137
INTERNET	139
HEMEROGRAFÍA	140

INTRODUCCIÓN

Los Malos Hábitos Bucales comienzan a edades muy tempranas en la vida como: (Respiración Bucal, Deglución Atípica, Succión Labial, incluso la succión digital empieza antes del nacimiento), en la que desafortunadamente el cirujano dentista tiene poca posibilidad de actuación; y después del nacimiento, por falta de una adecuada orientación al padre de familia, o falta de interés sobre la salud dental de su niño. Con frecuencia el Médico o Pediatra que atiende al niño, no se da cuenta de que éste tiene uno o varios malos hábitos bucales y menos aún de las complicaciones que estos puedan traer; de ahí la importancia de que sea el Cirujano Dentista, quien por conocimientos y preparación sea el profesional que pueda identificar tempranamente la existencia de estos hábitos a fin de prevenir sus consecuencias.

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzca una deformación ósea como: la succión digital y respiración bucal.

La problemática del niño con maloclusiones dentomaxilares en nuestro medio, es compleja, por la multifactorialidad que condicionan los malos hábitos bucales.

En nuestra población (Más aún en la población rural), donde existiría una alta frecuencia de niños con malos hábitos bucales, no se tienen investigaciones adecuadas y confiables que determinen cuáles son los malos hábitos bucales más frecuentes que pudieran influir en la presencia de maloclusiones dentomaxilares.

La Población del Distrito de Candarave, con 9534 habitantes tiene características especiales que difieren de las de una zona urbana (Ciudad de Tacna) con 152494 habitantes; no solo en hábitos actitudinales sino también en sus costumbres y creencias. Por esto se tiene la legítima expectativa que el presente trabajo será de gran utilidad a los prestadores de servicio de salud de la localidad, por constituir un problema funcional-social, siendo necesaria una intervención inmediata de todos los actores sociales en salud a fin de disminuir la frecuencia de presentación de los malos hábitos y por ende las maloclusiones dentomaxilares.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. DETERMINACIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Afta de Bednar:

Son úlceras traumáticas que pueden aparecer en el paladar blando de lactantes, en la mucosa que reviste la región del gancho pterigoides. Es probable que las provoque la presión de los pezones sobre el paladar durante el amamantamiento, o la del pulgar cuando la criatura lo succiona.

Anodoncia:

Ausencia congénita de dientes. Puede incluir todos los dientes o sólo algunas piezas.

Coadyuvante:

Persona que interviene en un proceso sosteniendo la pretensión de una de las partes.

Concéntrico:

Que se extiende igualmente en todas direcciones a partir de un centro común.

Concomitante:

Que aparece o actúa conjuntamente con otra cosa.

Endognacia:

Falta de desarrollo transversal de ambos maxilares superiores. Da lugar a una arcada estrecha, con espacio insuficiente de para alojar a los incisivos que, frecuentemente, se encuentran por esto Protruidos. La capacidad de las fosas nasales esta disminuida.

Excéntrico:

Situado o que aparece fuera del centro.

Hemiatrofias:

Afecta una mitad del cuerpo, o la de un órgano o estructura corporal, cara lengua.

Hemihipertrofias:

Desarrollo exagerado y asimétrico de una mitad corporal , o así mismo la hipertrofia unilateral de una parte anatómica.

Hipertónico:

Que indica un aumento del tono o la tensión.

Hipotónico:

Que indica una disminución del tono o la tensión.

Hipotricosis:

Detención del desarrollo del sistema piloso, localizado o no.

RGE:

Reflujo Gastro esofágico.

Salud Holística:

Salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. El enfoque holístico del concepto de salud vislumbra las dimensiones *físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales* de manera interdependientes e integradas en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación a lo que le rodea.

Síndrome de Cushing:

Transtorno, que se observa más a menudo en la mujer, causado por hipercorticalismo suprarrenal debido a neoplasias de la corteza suprarrenal o del lóbulo anterior de la hipófisis, o a la ingestión excesiva y prolongada de glucocorticoides con finalidades terapéuticas. Los signos son: adiposidad en la cara, el cuello y el tronco, cifosis causada por la osteoporosis de la columna vertebral, hipertensión, hipertricosis (en la mujer), impotencia (en el varón), tez morena con marcas purpúreas, dolor abdominal y dorsal y debilidad muscular.

Síndrome de Polidisplasia:

Conjunto de síntomas y signos que se presentan al mismo tiempo y permiten, por su particular combinación en cada caso, establecer la naturaleza clínica de una enfermedad. Polidisplasia, desarrollo deficiente de varios tipos de tejido o de varios órganos o sistemas.

Trismo:

Contractura o espasmo, como reacción antálgica o por inflamación directa de los músculos masticadores. Impide abrir la boca.

2.1 OCLUSIÓN NORMAL

2.1.1 DEFINICIÓN

El termino oclusión implica también el análisis de cualquier relación de contacto entre los Dientes: relaciones en protrusión en lateralidad o céntrica. ¹

Es aquella Oclusión que no produce lesión en ningún componente del sistema masticatorio.²

2.2.2 ANATOMÍA DE LA NORMO OCLUSIÓN

- Relación incisal y distal: la Arcada Sup. Normalmente es más grande que la Inf.
- Curvas Oclusales; en el plano vertical existe la curva de Spee provocado por una mayor extrusión de los premolares superiores y a un hundimiento del área premolar Inf. Con relación al plano oclusal.³
- Relaciones Interproximales; existe un punto anatómico mesial y otro distal que debe ser el único que esté en contacto con el vecino proximal a pesar de la cavidad estos puntos se convierten en facetas.
- Relaciones Anteroposteriores; para Angle la oclusión normal requería que la cúspide mesiobucal del primer molar Sup. Ocluyese en el surco vestibular situado entre la cúspide mesial y distobucal del 1er molar Inferior. ⁴

¹ CANUT BRUSOLA J. Antonio “Ortodoncia Clínica y Terapéutica” Pág.95

² FRIEDHENTAL Marcelo “Diccionario de Odontología”, Pág. 657

³ CANUT BRUSOLA J. Antonio “Ortodoncia Clínica y Terapéutica” Pág.97-98

⁴ CANUT BRUSOLA J. Antonio “Ortodoncia Clínica y Terapéutica” Pág.98

2.3 MALOCLUSION (OCLUSION PATOLÓGICA)

2.2.1 DEFINICIÓN

Tradicionalmente es cualquier desviación de la oclusión ideal ha sido calificada con lo que Guilform llamó “maloclusión”.⁵

Relaciones incorrectas de aposición de los dientes cuando los maxilares están en contacto.⁶

Las arcadas dentarias en posición de oclusión central no cumplen las relaciones y leyes establecidas.⁷

Wylie(1947) define la maloclusión como una relación alternativa de partes desproporcionales, sus alteraciones pueden afectar: dientes, huesos, músculos y nervios.⁸

Es una alteración en el tipo de mordida, los dientes no cierran como es debido.⁹

Condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de las piezas dentarias con las demás en el mismo arco y con los del arco antagonista.¹⁰

⁵ CANUT BRUSOLA J. Antonio “Ortodoncia Clínica y Terapéutica” Pág.100

⁶ DORLAND “Diccionario Médico de Bolsillo”Pág.482

⁷ GUARDO J. Antonio “Manual de Ortodoncia” Pág.81

⁸ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Clínica” Pág.99

⁹ COLEGIO ODONTOLÓGICO Pág.11

¹⁰ FRIEDHENTAL Marcelo “Diccionario de Odontología” Pág.569

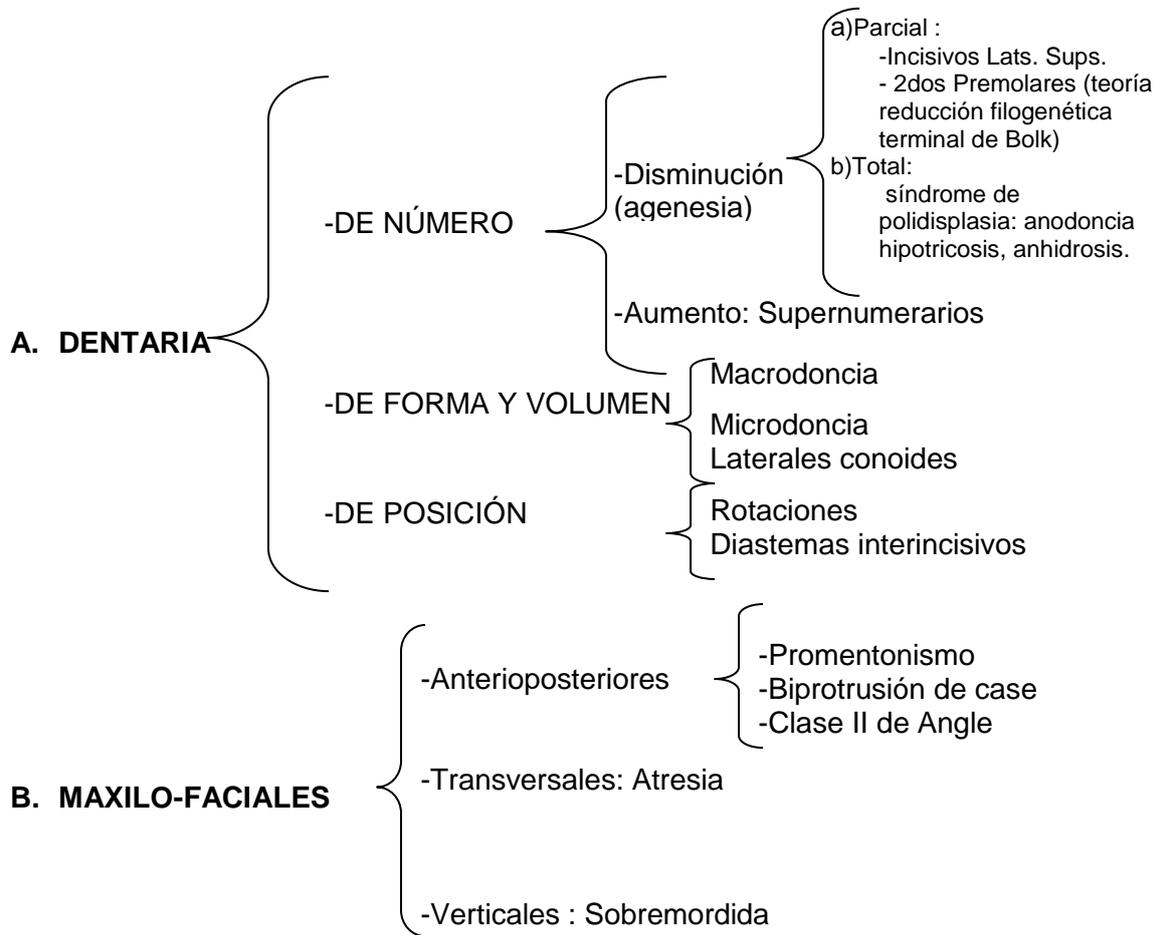
2.2.2 ETIOLOGÍA DE LA MALOCLUSIÓN

Son las causas que producen estas deformaciones dentomaxilofaciales que llevan a la oclusión patológica.¹¹

2.2.2.1 HEREDITARIAS:

Aquellas que son transmitidas por los padres, abuelos (ascendientes) a los hijos, nietos(descendientes).¹²

CUADRO SINOPTICO DE LAS ANOMALIAS HEREDITARIAS



¹¹ GUARDO J. Antonio “Ortodoncia Clínica y Terapéutica”Pág.107

¹² COLEGIO ODONTOLÓGICO Pág.11

2.2.2.2 CONGÉNITAS O PRENATALES

Son todas aquellas características que obran sobre el embrión desde su formación hasta el momento del nacimiento. Las malformaciones de este grupo pueden observarse desde el primer momento de vida o se pueden observar en la época de erupción de los dientes en cambio.¹³

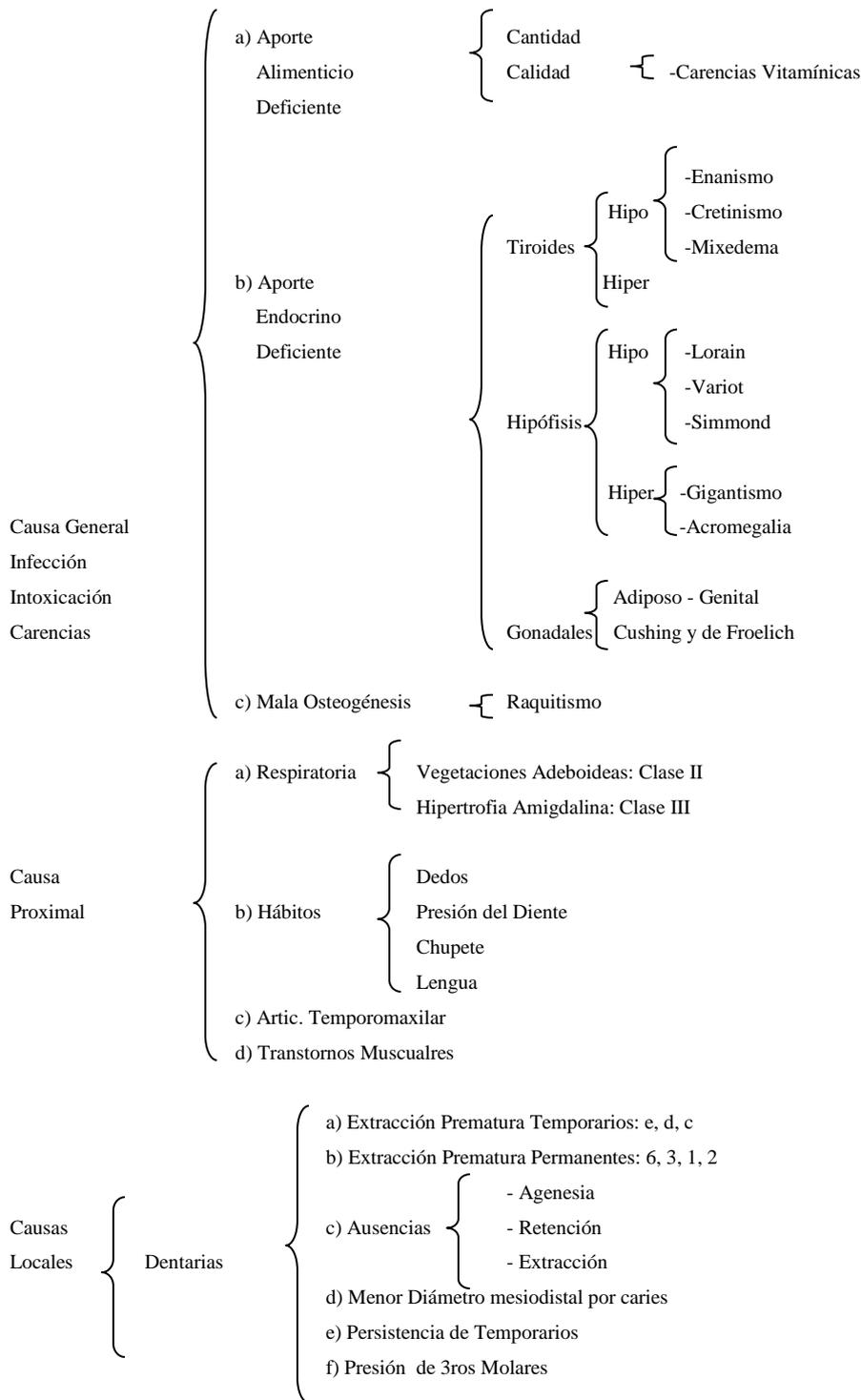
CUADRO SINOPTICO DE LAS ANOMALIAS PRENATALES

a) Directas	{	- Traumatismos	
	{	- Inflamaciones del amnios	
b) Indirectas	{	a) Transtornos de coalescencia {	- Fisuras
			- Labio Leporino
		b) Transtornos de desarrollo {	- Hemiatrofias
			- Hemihipertrofias
			- Asimetrías
	{	c) Transtornos del Campo Mesobranquial {	- Macroglosia
			- Microglosia
	{	d) Frenillos {	- Diastemas
	{	e) Dentarias {	- Agenesias
			- Supernumerarios

¹³ GUARDO J. Antonio “Manual de Ortodoncia”Pág.110

2.2.2.3 ADQUIRIDAS (DEFORMACIONES POST NATALES)

Se producen posteriormente al nacimiento.¹⁴



¹⁴ GUARDO J. Antonio “Manual de Ortodoncia” Pág.120-121

2.3 CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES:

SISTEMA DE ANGLE:

Este autor basa su clasificación en las relaciones de oclusión mesio-distales de los primeros molares permanentes, relación que llama *llave o clave de la oclusión*.¹⁵

Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas, que se distinguen de la oclusión normal.¹⁶

1. **CLASE I:** la cúspide mesiovestibular del 1er molar sup. existe en el mismo plano que el surco vestibular del 1er molar inf. La situación maloclusiva consiste en las malposiciones individuales o desviación sagital de los incisivos.¹⁷

Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la “llave molar”. Perfil facial recto.¹⁸

2.3.1 CLASIFICACIÓN DE LA MALOCLUSIÓN CLASE I

a) **Tipo 1:**

Dientes anteriores superiores e inferiores apiñados o caninos en labioversión, infralabioversión o linguoversión.

b) **Tipo 2:**

Incisivos superiores Protruidos o espaciados.

c) **Tipo 3**

Si uno o más incisivos están cruzados en relación con los inferiores.

¹⁵ GUARDO J. Antonio “Manual de Ortodoncia” Pág. 89

¹⁶ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Clínica. Pág. 98

¹⁷ CANUT J. Antonio “Ortodoncia Clínica y Terapéutica” Pág. 101

¹⁸ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Clínica Pág. 99

d) Tipo 4:

Mordida cruzada posterior (Temporal o Permanente), pero los dientes anteriores están bien alineados.

e) Tipo 5:

Si hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del 06, mayor de 3 mm.¹⁹

2. CLASE II: el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior se distingue II tipos:

- **Clase II₁:**

Se caracteriza por estar los incisivos en protrusión y aumentando el resalte.²⁰

Angle situó en esta división las maloclusiones clase II con inclinación de los incisivos.²¹

- **Clase II₂:**

Los incisivos centrales sup. Están retroinclinados, y los laterales con una marcada inclinación vestibular, disminución del resalte y aumento de la sobremordida interincisiva.²²

Presenta maloclusión clase II sin resalte de los incisivos superiores estando palatinizados o verticalizados. Perfil facial recto y levemente convexo.²³

¹⁹ QUIROZ Oscar J. “Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva” Pág. 19

²⁰ CANUT BRUSOLA J. Antonio “Ortodoncia Clínica y Terapéutica” Pág.101

²¹ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia clínica y Planificación Clínica” Pág. 103

²² CANUT BRUSOLA J. Antonio “Ortodoncia Clínica y Terapéutica” Pág.101

²³ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia clínica y Planificación Clínica” Pág. 106

3. CLASE III:

El surco vestibular del 1er molar inf. Esta por mesial de la cúspide mesiovestibular del molar sup. La mandíbula esta adelantada. La relación incisiva suele estar invertida.²⁴

El perfil facial, predominantemente cóncavo y la musculatura en general está desequilibrada.²⁵

2.4 MALOS HABITOS BUCALES

2.4.1 Hábitos Bucales

Son patrones musculares de naturaleza muy compleja que se aprenden. Pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto por la repetición frecuente del mismo. El Hábito se crea y se fija por el entrenamiento y la práctica de un acto, por lo tanto se aprende; inicialmente es un acto voluntario o consciente que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.²⁶

2.4.2 Malos Hábitos Bucales

En los últimos años, se ha investigado mejor el verdadero papel que los hábitos deformantes y las deficiencias respiratorias desempeñan en la aparición de anomalías de causa local o adquirida.²⁷

En general, el mal hábito, es el resultado de la repetición de una manifestación no deseada, que en la frecuencia de la práctica puede instalarse pasando al ámbito inconsciente. Hay consenso en aceptar que el mal hábito proporciona satisfacciones, por ser agradable al que lo practica, y en algunos casos son manifestaciones minimizantes subestimadas de procesos de ansiedad.²⁸

²⁴ CANUT BRUSOLA J. Antonio “Ortodoncia Clínica y Terapéutica”Pág.103

²⁵ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia clínica y Planificación Clínica”Pág. 108

²⁶ REUSCHE L. Rosa Maria “LA NIÑEZ: Construyendo Identidad”Pág.33

²⁷ MAYORAL Guillermo “Ficción y Realidad en Ortodoncia”Pág.147

²⁸ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 69

Los hábitos alteran las funciones de la musculatura peribucal o intrabucal, y contribuyen de forma negativa en el desarrollo del Sistema Estomatognático, varios estudios comprobaron la relación Causa-Efecto que existe entre estos dos factores.²⁹

I.- HABITO DE SUCCIÓN

I.1 SUCCIÓN DIGITAL

Cuando el paciente presenta una maloclusión o mordida abierta en la dentición primaria o permanente, el dentista siempre deberá sospechar la presencia de un hábito oral.³⁰

A la succión del pulgar se la denomina también succión no nutritiva, es común en el lactante y se intensifica entre los 18 y los 21 meses de edad, es debida a un impulso biológico normal que causa placer en los labios y la boca del niño.³¹

Estos hábitos son totalmente normales durante la lactancia. El lactante chupa cualquier objeto que se ponga en contacto con sus labios. Los niños que empiezan a chuparse otra vez el pulgar a una edad más avanzada suelen tener problemas sociales o psicológicos subyacentes.³²

La maloclusión característica derivada de la succión digital se debe a una combinación entre la presión directa sobre los dientes y una alteración en el patrón de presiones de las mejillas y los labios en reposo.

La relación entre la mordida abierta anterior y la succión del pulgar se debe a una combinación de la interferencia en la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva de los dientes posteriores. Cuando se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes anteriores, la mandíbula debe descender para acomodarse a esta situación.

²⁹ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 31

³⁰ BARBER Thomas, LUKE Larrys “Odontología Pediátrica”Pág.264

³¹ www.zonapediatrica.com/mod-htmlpages-display-pid-476.html

³² CAMERON A. Widmar R. “Manual de Odontología Pediátrica”Pág. 271

El Pulgar interpuesto impide directamente la erupción de los incisivos. Al mismo tiempo, la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical sobre los dientes posteriores y, como resultado, la erupción de los dientes posteriores es mayor de la que se produciría en circunstancias normales. Debido a la Geometría de los maxilares, 1 mm de elongación posterior abre la mordida anteriormente unos 2 mm, lo cual puede contribuir notablemente al desarrollo de una mordida abierta anterior.³³

I.1.1 FASES CLÍNICAS DEL HÁBITO

a) Succión del Pulgar Normal y Subclínicamente Significativa

Esta Fase se extiende desde el nacimiento hasta la edad de 3 años. Aproximadamente, se plantea que el 25% de los niños lo ejecutan y que es abandonado cuando arriban a los 3 o 4 años. Los psicólogos y psiquiatras plantean que este hábito no debe ser tratado, pues esto podría provocar el inicio de otro hábito o algún trauma psicológico.

b) Succión del Pulgar Clínicamente Significativa

Esta fase se extiende desde los 3 años a los 6 o 7 años, el hábito practicado en esta época requiere atención cuidadosa por el Odontólogo porque es el momento más propicio para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital; por lo tanto un programa de corrección firme y decidido está indicado en estas edades.

c) Succión del Pulgar Complicada

La persistencia en la práctica de la succión digital, después de los 6 o 7 años, representa para el Odontólogo un problema clínico difícil. Esta fase clínica requiere muchas veces la colaboración estrecha entre el Odontólogo, el Pediatra y el Psicólogo o Psiquiatra. Los efectos que ocasiona el hábito son más marcados, pues el niño ya tiene dentición mixta.³⁴

³³ PROFITT R. Willian “Ortodoncia Contemporánea, Teórica y Práctica.

³⁴ REUSCHE L. Rosa Maria “LA NIÑEZ: Construyendo Identidad” Pág.36-37

I.1.2 ETIOLOGÍA

1. Hambre.

Cuando aparece este hábito en las Primeras semanas de vida está íntimamente relacionado con los problemas de lactancia materna e insatisfacción alimentaria.

2. Tensiones o conflictos emocionales inseparables.

Como son la inseguridad, falta de atención y calor materno, celos, deseos de llamar la atención y otros.³⁵

3. Prolongación de la lactancia.

El impulso oral de succión es reforzado por la prolongación de la lactancia sin restricción de esta.

4. Inducción de los padres.

Los padres tratan por este medio que los niños se tranquilicen y no molesten.

I.1.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE SUCCIÓN DIGITAL:

- Profundización de la bóveda palatina.
- Protrusión dentoalveolar superior.
- Vestibuloversión de los Incisivos Superiores.
- Mordida Abierta anterior.
- Linguoversión de los Incisivos Inferiores.
- Retracción mandibular.
- Estrechamiento de la arcada superior.
- Incompetencia bilabial.³⁶

³⁵ REUSCHE L. Rosa Maria “LA NIÑEZ: Construyendo Identidad”Pág.35

³⁶ REUSCHE L. Rosa Maria “LA NIÑEZ: Construyendo Identidad”Pág.35

I.2 SUCCION DEL CHUPETE

El hábito de succión digital o de chupete, se considera normal hasta los 4 años de edad y preferentemente no debe sufrir interferencia.

Al iniciarse la socialización y la madurez emocional del niño, que ocurre generalmente a partir de los 05 años de edad, hay una tendencia natural a abandonar el hábito.

Sin embargo la persistencia del hábito en la fase de la dentición mixta debe de ser considerada “**deletérea**” pues puede provocar alteraciones en el crecimiento y en el desarrollo dento esquelética.³⁷

Los cambios dentarios que ocasiona esta clase de costumbre son similares a los producidos por los hábitos digitales.

En los niños que usan chupete(Chupón) se observan de manera constante mordidas abiertas anteriores y colapso maxilar.³⁸

No hay contraindicación odontológica para su uso, pero es prudente que el niño lo utilice hasta un límite razonable que no supere de los 2 o 4 años de edad.³⁹

I.2.1 CARACTERISTICAS CLÍNICAS DE S. DEL CHUPETE:

- Mordida abierta anterior.
- Vestibularización de los Incisivos Superiores.
- Lingualización de los Incisivos Inferiores.
- Atresia Maxilar.
- Mordida Cruzada Posterior.
- Erupción excesiva de los dientes Post.
- Rotación de la Mandíbula en sentido horario.
- Aumento de la altura facial anterior inferior y convexidad facial.⁴⁰

³⁷ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 32

³⁸ PINKHAM J. R. “Odontología Pediátrica”Pág.379

³⁹ FRIEDHENTAL Marcelo “Diccionario de Odontología”Pág.175

⁴⁰ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 32

I.2.2 BENEFICIOS DEL USO DEL CHUPETE

- Efecto de tranquilizante del chupete

Durante la lactancia materna el chupete también desempeña su papel, pues la madre no puede ofrecer el pecho en todos los momentos en que el niño desee succionar. Es un recurso de gran ayuda en niños con cólicos y muy irritables, en embarazos múltiples o en puerperios complicados.

Los niños alimentados con leche adaptada no deben usar el biberón para satisfacer su deseo de succión; la tetina no puede regular la cantidad de leche ingerida y el niño podría sobrealimentarse. En estos casos puede recurrirse al chupete como tranquilizante.

El chupete puede ser útil como relajante, pero debe evitarse utilizarlo cada vez que el niño lllore. El llanto es una de las formas de comunicación del niño y sus requerimientos se deben complacer hablándole, meciéndole o jugando con él.

I.2.3 RIESGOS DEL USO DEL CHUPETE

A) Malformaciones Dentarias: Maloclusión

Los hábitos de succión no nutritiva se han relacionado con las maloclusiones dentarias: mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. La primera es la maloclusión más frecuente y tiende a mejorar al abandonar el chupete. La segunda es una maloclusión más grave y permanente, que puede repercutir en el crecimiento craneofacial.

Se considera que tal relación se debe a que la posición bucal del chupete conlleva un desplazamiento de la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos orbiculares y buccinador. Estos cambios provocan un aumento de la distancia transversal mandibular y a una disminución de la distancia transversal maxilar.

Los niños succionadores, además, sufren una alteración de la flora bacteriana y una hipertrofia del sistema linfático por lo que suelen presentar una

respiración bucal, lo cual también influye en el desarrollo de las maloclusiones.

B) Otitis Media Aguda

El uso del chupete hace que el niño con una infección de vías respiratorias altas sea más susceptible a la otitis media aguda, porque le modifica la colonización oral y nasofaríngea y aumenta el transporte de los agentes patógenos al oído (la succión, con las fosas nasales bloqueadas, puede aumentar el reflujo de las secreciones orofaríngeas al interior de la cavidad del oído medio). Además, la succión frecuente del chupete puede ser perjudicial para el buen funcionamiento de la trompa de Eustaquio.

C) Duración breve de la Lactancia Materna

El recién nacido que usa chupete presenta una "confusión de pezón", ya que la succión del chupete requiere un patrón de succión distinto que puede interferir en la adquisición de la técnica oral necesaria para la lactancia materna.

El chupete puede interferir también en la producción de leche materna y, en consecuencia, en el crecimiento del lactante. Se reduce el tiempo que dura cada toma de modo que el niño no ingiere la leche final, rica en grasas y calorías. La leche obtenida, por lo tanto, pierde tanto en cantidad como en calidad dejando al niño más hambriento e irritable y esto induce a los padres a introducir la lactancia artificial.

En consecuencia, el chupete parece contribuir a un destete más precoz, podría considerarse un factor contribuyente más que una causa suficiente para que finalice precozmente la lactancia.

D) Reflujo Gastroesofágico

Hipotéticamente los hábitos de succión no nutritiva pueden tanto aumentar como disminuir la frecuencia y/o duración de los episodios de reflujo gastroesofágico (RGE). Esto se debería respectivamente a la relajación del

esfínter esofágico inferior y al aceleramiento del aclaramiento del material refluido al esófago.

Unos estudios llevados a cabo demuestran que, a corto plazo, el uso del chupete en decúbito prono aumenta el RGE posprandial debido al descenso del tono del esfínter esofágico. Sin embargo, si el niño está sentado la frecuencia de reflujo disminuye, lo que se atribuye a causas indirectas como la disminución del llanto con una menor frecuencia de contracciones abdominales.

E) Síndrome del Biberón o del Chupete

El llamado síndrome del biberón o del chupete es la presencia de poli caries en la dentición provisional debida a la utilización prolongada del biberón o chupete lleno o impregnado, respectivamente, de productos azucarados.

La distribución topográfica de las lesiones es característica, de modo que los incisivos maxilares son los primeros en afectarse, seguidos de los molares maxilares. La lesión más tardía de las piezas inferiores se explica por la posición protectora de la lengua durante la succión, recubriendo el bloque incisivocanino mandibular. La secreción continua de las glándulas salivales labiales inferiores contribuye a mantener un pH local superior que protege de la desmineralización del esmalte.

La prevalencia varía enormemente en las diferentes áreas geográficas con gran influencia de factores socioculturales, incluidos la prolongación de la lactancia más allá de los 12 meses de vida y la instauración tardía de la higiene bucodentaria.

Como consecuencia de este síndrome pueden aparecer infecciones locales y generales, malformaciones dentarias, trastornos en la alimentación, fragilidad de las piezas dentarias permanentes, con mayor riesgo de caries.

F) Ulceras orales palatinas de etiología traumática: Afta de Bednar

La afta de Bednar es una úlcera oral de gran tamaño localizada en el tercio posterior del paladar, debida al efecto traumático de la tetina del biberón durante la lactancia y/o al uso intenso de chupetes no ortodóncicos. Puede ser única o simétrica, con tendencia a confluir y presentar un aspecto necrótico por la frecuente presencia de un exudado grisáceo o serosanguinolento, con un halo hiperémico periférico. El curso es insidioso, por lo general afebril, si bien en algunas ocasiones puede sobreinfectarse apareciendo secreción purulenta, fiebre y linfadenitis.

Fisiopatológicamente se ha relacionado con el uso de biberones con un orificio muy estrecho, posición horizontal del niño durante la lactancia y succión constante del chupete o de modelos no ortodóncicos.⁴¹

II. HABITO DE RESPIRACIÓN BUCAL

La espiración y la inspiración por la boca, es una forma de respiración que puede conducir a varios problemas orofaciales.⁴²

La respiración es la primera función desarrollada por ocasión del nacimiento, estableciéndose como función vital del organismo; es primordial para que haya un correcto crecimiento y desarrollo del complejo craneofacial, su desequilibrio puede causar alteraciones en diversos órganos y sistemas. Solamente las cavidades nasales poseen condiciones perfectas para poder filtrar las partículas y los microorganismos del aire y hacer que este llegue a los pulmones en la temperatura ideal, favoreciendo al organismo con una excelente oxigenación.⁴³

La respiración oral tiene una serie de repercusiones a nivel general y en el desarrollo maxilofacial.

⁴¹ www.planetamama.com.ar/bebe/chupete.htm

⁴² BARBER Thomas, LUKE Larrys “Odontología Pediátrica” Pág.268

⁴³ REVISTA ODONTOLÓGICA Pág.10

Con respecto al Maxilar Superior se han descrito las siguientes:

1. Opacidad e hipodesarrollo de los senos maxilares que constituyen la arcada dentaria superior; ello implica hipotrofia de dicha arcada.
2. Predominio de los músculos elevadores del labio superior en detrimento de los paranasales, que se insertan en la parte anterior del maxilar y favorecen el crecimiento de la premaxila. En consecuencia se produce una elevación y retrusión de la espina nasal anterior.
3. Hipodesarrollo del maxilar global o sólo transversal con endognacia y endoalveolia. En la respiración oral los labios se separan y la lengua queda baja. Se rompe el equilibrio entre la presión excéntrica de la lengua, que no se ejerce y la concéntrica de los músculos de la mejilla (Buccinadores), que predominan y comprimen lateralmente el sector premolar.
4. Protrusión incisiva por falta de presión labial. Este fenómeno no es constante, y puede aparecer apiñamiento incisivo en lugar de protrusión.

En la Mandíbula los hallazgos no son tan constantes. Se Observan los siguientes:

1. Prognatismo mandibular funcional por la posición baja de la lengua.
2. Rotación posterior mandibular con elongación de los rebordes alveolares, que comportaría una relación intermaxilar de Clase II y un aumento de la altura facial inferior.
3. Lateroposición funcional mandibular si la compresión maxilar no es muy grande, que puede llevar a laterognatia y provocar asimetría mandibular facial.

La mayoría de los pacientes con Respiración Oral comprenden las siguientes características extrabucales:

1. Posición entreabierta de la boca, signo típico del problema funcional existente.

2. Nariz pequeña y respingona, que pone de manifiesto la ausencia de función del tercio medio de la cara.
3. Orificios nasales pequeños, pobres y abiertos de frente, lo cual determina mayor visualización de las narinas en visión frontal.
4. Labio Superior corto y dirigido hacia arriba.
5. Labio inferior replegado e interpuesto entre los incisivos.⁴⁴

El paciente posee una apariencia común que se conoce en conjunto como: “Fascies adenoideas”, es decir, rostro alargado y estrecho, ojos caídos, ojeras profundas, surcos genianos marcados, labios entreabiertos, hipotónicos y resecos y surco nasolabial profundo.⁴⁵

II.1 ETIOLOGÍA

Puede ser por:

- Desviaciones del tabique nasal.
- Cornetes agrandados.
- Inflamaciones crónicas
- Congestión de la mucosa Nasofaríngea.
- Alergias.
- Hipertrofia adenoidea.
- Hipertrofia de las amígdalas, ETC.

II.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL RESPIRADOR BUCAL

- Fascies adenoidea.
- Labio superior corto.
- Hipotonía de las alas de la nariz.
- Vestibuloversión de Incisivos Superiores.

⁴⁴ CANUT Brusola, José Antonio “Ortodoncia Clínica y Terapéutica”Pág.467-468

⁴⁵ REUSCHE L. Rosa Maria “LA NIÑEZ: Construyendo Identidad”Pág.38-39

- Linguoversión y apiñamiento de los incisivos inferiores.
- Aumento de la curva de SPEE.
- Estrechamiento de la arcada Superior.
- Perfil Convexo.⁴⁶

III. DEGLUCIÓN ATÍPICA O EMPUJE LINGUAL

En la vida intrauterina el feto tiene tareas a realizar. Lo que llamamos “Puntapié”. Es el entrenamiento con los brazos, cabeza, todo el cuerpo. De la misma forma el feto entrena la **SUCCIÓN** y lo hace con el pulgar, lo que provoca interpretaciones equivocadas como si fuese una manifestación precoz de los futuros hábitos de succión.

El entrenamiento comprende también en deglutir líquido amniótico, el cual va para las vías inferiores. El niño al nacer ya tiene que saber succionar y deglutir. Esto demuestra en forma evidente, pues ante la simple aproximación del pezón a su boca del bebé lo toma con los labios, inicia la succión y deglute con perfección.⁴⁷

También se reconoce como empuje lingual, en el cual la lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por tanto su tamaño y su posición en reposo y función son muy importantes.⁴⁸

Tiene su origen, básicamente, en un desequilibrio de la musculatura entre la cinta muscular perioral y la lengua.⁴⁹

⁴⁶ REUSCHE L. Rosa María “LA NIÑEZ: Construyendo Identidad”Pág. 39

⁴⁷ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 73

⁴⁸ www.ortodoncia.ws/32.asp

⁴⁹ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Pediátrica”Pág.257

III.1 ETIOLOGÍA

Las más probables son:

a) Desequilibrio del control nervioso;

Son niños, que por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora; en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.

b) Amígdalas inflamadas;

Amigdalitis constantes hacen que en cada deglución del niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.

c) Macroglosia;-

Poco frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de Cretinismo. Son lenguas de aspecto voluminoso onduladas y parece que no caben en la cavidad bucal.

d) Anquiloglosia;

Lengua anquilosada que no puede realizar correctamente los movimientos de la deglución.

e) Frenillo lingual anormal;

O lengua aprisionada. La corrección se hace de forma quirúrgica.

f) Pérdidas dentarias tempranas y diastemas anteriores;

Hacen que el niño comience a colocar la lengua en esos espacios vacíos, adquiriendo el hábito de deglución con interposición lingual anterior.

g) Desnutrición;

Ocasiona un cuadro de disturbio neurológico.

h) Factores simbióticos-succión del dedo;

Respiración bucal, etc.

i) Hábitos alimenticios inadecuados en la primera infancia.⁵⁰

⁵⁰ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Pediátrica”Pág.258

III.2 TIPOS DE DEGLUCIÓN ATÍPICA

A) DEGLUCIÓN CON PRESIÓN ATÍPICA DE LABIO

Ocurre en pacientes que normalmente en estado de reposo, los labios no entran en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.

Los incisivos inferiores se inclinan en sentido lingual, apiñándose, mientras los superiores se vestibularizan. Como el Labio Superior no participa en la deglución se torna hipotónico y adquiere un aspecto de labio corto, sin embargo el labio inferior se vuelve mas hipertónico, por su gran participación en la deglución.

El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.⁵¹

B) DEGLUCIÓN CON PRESION ATÍPICA DE LA LENGUA

En pacientes con este tipo de problema, en el momento de deglutir, los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos, interponiéndose, a veces, entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y de las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula no muestran ninguna contracción.

Se clasifican en:

1.- TIPO I – NO CAUSAN DEFORMACIÓN

⁵¹ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Pediátrica”Pág.258

2.- TIPO II- CON PRESION LINGUAL ANTERIOR

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

-Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos, y la lengua se queda en una posición, que parece que va a ser mordida.⁵²

-Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua , además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos superiores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular.

-Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior: el mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

3.- TIPO III-CON PRESION LINGUAL LATERAL

Las deformaciones resultantes son:

-Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares. Hay mordida abierta lateral.

-Mordida abierta lateral y mordida cruzada:
hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto, también ocasionada por la ruptura del equilibrio muscular de este lado.

⁵² VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Pediátrica”Pág.268

4.- TIPO IV- CON PRESION LINGUAL ANTERIOR Y LATERAL

Las maloclusiones resultantes son:

- Mordida abierta anterior y lateral
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.⁵³

III.3 Características Clínicas de la Deglución Atípica

- Vestibuloversión de los Incisivos Superiores e Inferiores.
- Diastemas interincisivos.
- Mordida abierta anterior.
- Contracciones de los músculos periorales al deglutir.⁵⁴
- Presionamiento atípico de la lengua por interposición lingual, todo esto trae como consecuencia mal oclusión presión labial y por ende problemas en la fonación.⁵⁵
- Movimiento de la Cabeza al deglutir como compensación de la elevación del hueso hioides.
- Alteración de los fonemas siendo los más alterados los fonemas l, n, t, d, s, z.
- Aumento del volumen de la lengua.
- Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca.
- El paciente escupe con mucha frecuencia.
- Dificultad para deglutir con los labios separados.⁵⁶

⁵³ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Pediátrica” Pág.270

⁵⁴ REUSCHE L. Rosa Maria “LA NIÑEZ: Construyendo Identidad” Pág.38

⁵⁵ www.ortodoncia.ws/32.asp

⁵⁶ www.zonapediatrica.com/mod-htmlpages-display-pid-476.html

IV. HÁBITO DE POSTURA

Eran conocidos también como hábitos del sueño o del descanso. Se instalan generalmente en los Primeros meses de vida, antes que el niño inicie la fase motora más avanzada de la marcha.

En razón de los propios límites de la cuna o por la atención dada al niño siempre del mismo lado, el se acostumbra a dormir de un solo lado. La almohada hace que la mandíbula bascule y el peso de la cabeza incida siempre del mismo lado. Además de haberse instalado el hábito de dormir de un solo lado, en muchos casos el niño también interpone la mano entre el rostro y la almohada, lo que empeora la situación, porque el efecto es más pronunciado.

Al crecer con este hábito de postura el peso de la cabeza del niño ejercerá presión solamente de un lado del rostro y la deformación consecuente es la mordida cruzada unilateral.⁵⁷

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

IV.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE POSTURA:

El hábito de postura, por tanto, tiene como resultado:

- Mordida cruzada posterior unilateral, sin desvío de la línea media.⁵⁸

⁵⁷ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 75

⁵⁸ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Pediátrica”Pág.270

V. HABITOS DE MORDER

V.1 HABITO DE ONICOFAGIA

Muchos niños abandonan el hábito de succión de chupete o del dedo y lo transfieren por el de morderse las uñas.

Es un hábito muy difícil de reeducar, por ser bastante disimulable y por esto es que perdura hasta la edad adulta.⁵⁹

Es un escape para la energía nerviosa y una expresión de ansiedad que es aumentado por la excitación o fatiga.

De cualquier manera los niños deben ser mantenidos, a fin de disminuir la tensión de roérselas.⁶⁰

Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior.⁶¹

V.1.1 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ONICOFAGIA

- Mordidas cruzadas de uno o de dos elementos pueden pronunciarse, por la presión ejercida sobre el diente cuando muerde el niño.
- Intrusión de los dientes, especialmente de los incisivos superiores.⁶²
- Lesión de los lechos ungueales mismos.⁶³

⁵⁹ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 76

⁶⁰ POWDERMAKER Florence “Cómo atender y Cómo entender al niño”Pág.111

⁶¹ VELLINI-FERREIRA Flavio “Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Pediátrica”Pág.27

⁶² ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 76

⁶³ PINKHAM J. R. “Odontología Pediátrica”Pág.381

V.2 HÁBITO DE QUEILOFÁGIA O SUCCIÓN LABIAL

Es un hábito que puede producir problemas verticales semejantes a chuparse un dedo. La mordida debe sospecharse en los niños que exhiben una mordida abierta dental anterior sin el hábito aparente de succionarse el dedo.⁶⁴

Costumbre en que incurren niños con conflictos emocionales a nivel hogareño o adultos con problemas anímicos.⁶⁵

Lo entendemos como resultante de los hábitos de succión. Inicialmente el niño comienza con la succión del labio sujetando el labio inferior ente los incisivos superiores e inferiores, y por la presión de la mordida, resulta la inclinación vestibular de los incisivos superiores y lingual en los inferiores.

La humidificación continua de la piel sublabial inferior puede determinar dermatitis de difícil tratamiento.

V.2.1 CARACTERISTICAS CLINICAS DEL HABITO QUEILOFAGIA

- Inclinación vestibular de los incisivos superiores y lingual en los inferiores..⁶⁶
- Retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores.⁶⁷

V.3 HÁBITO DE GLOSOFAGIA

Es más fácil de observar cuando el niño está distraído haciendo determinada tarea. No es raro encontrar niños que al escribir se muerden la lengua.

⁶⁴ BARBER Thomas, LUKE Larrys “Odontología Pediátrica”Pág.267

⁶⁵ FRIEDHENTAL Marcelo “ Diccionario de Odontología”Pág.780

⁶⁶ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 76

⁶⁷ PINKHAM J. R. “ Odontología Pediátrica”Pág.380

Esto lo hacen en muchas ocasiones cuando se realiza algún esfuerzo, y en esta época hemos observado niños mordiéndose la lengua frente a la computadora.

Es común también que los adultos en momentos de esfuerzo, se muerdan la lengua lateralmente.

La alteración en los arcos dentales será de mordida abierta, resultante de la infraoclusión de los incisivos provocada por la presencia y presión de la lengua. Las mordidas unilaterales son las más frecuentes. Esto ocurre porque al hacerse un hábito, muchos individuos se muerden la lengua todo el día y para disimular pues lo hacen con los segmentos laterales de los arcos dentales.⁶⁸

V.3.1 CARACTERISTICAS CLINICAS DEL HABITO DE GLOSOFAGIA

- Mordidas abiertas bilaterales.
- Mordidas abiertas unilaterales son las que se dan más.⁶⁹

VI. OTROS HABITOS BUCALES

VI.1 HABITO DE MORDER OBJETOS

Hay niños que no solo hacen succión en el chupete sino que también muerden, principalmente cuando el hábito sobrepasa la instalación de la dentición decidua y llega a la mixta.

La necesidad de morder es inherente, una vez que los primeros dientes deciduos establecen oclusión y permiten función.

Cuando este impulso natural de morder no sea atendido se producirá la búsqueda para satisfacerlo.

⁶⁸ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 76-77

⁶⁹ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág. 76-77

Hay niños que despedazan el chupón, lo que hace a que se refuerze el hábito, del chupón se pasa a la tetina del biberón, de este a la oreja del osito de goma y así sucesivamente a otros objetos posteriores.

En fases mas adelantadas de la infancia es el lápiz, mango del cepillo de dientes, etc.

En el adulto el antielegante mondadientes, la pipa, de donde procede el dicho “la pipa tuerce la boca”, pero antes provoca graves modificaciones en la oclusión dental.⁷⁰

VI.2 BRUXISMO

Es el hábito de “Rechinar los dientes”, ocurre a menudo mientras el niño duerme, no obstante algunos niños lo realizan durante el día.

El desgaste pone en peligro a la pulpa, al avanzar a un ritmo mayor que la producción de la dentina Secundaria .

Los niños con alteraciones músculo-esqueléticas (parálisis cerebral) y aquellos que padecen retraso mental, rechinan los dientes con frecuencia.⁷¹

Este término por lo general se aplica tanto al hábito de cerrar fuertemente los dientes, durante el cual se ejerce presión sobre ellos y el periodonto por el frotamiento o por el apretamiento de estos, como también el golpeo repetido de los dientes.

El bruxismo puede acontecer como contracciones rítmicas fuertes y breves de los músculos mandibulares durante los desplazamientos excéntricos laterales de la mandíbula o la intercuspidadación máxima, pero también puede adoptar como ya se mencionó, la forma de un golpeteo ligero y la ubicación repetitiva de los dientes en sitios de contacto aislados, lo cual puede conducir al

⁷⁰ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág.77

⁷¹ www.odontologia.com.mx/articulos/Dr_Perera/bruxismo.htm

desgaste dentario, fractura de los dientes y su consecuente restauración, y a la hipertrofia muscular.⁷²

Las consecuencias para la oclusión son drásticas, especialmente porque a medio plazo implica pérdidas dentales. Las estructuras de soporte y sustentación están preparadas para soportar cargas tan altas y continuas, especialmente de noche, cuando las manifestaciones son más intensas. Hay casos en los que hay bruxismo céntrico en los periodos de vigilia y bruxismo excéntrico durante el sueño. Las erosiones y desgastes excesivos e irregulares llevan al desarreglo completo de la oclusión y a la destrucción de las estructuras de soporte y sustentación.⁷³

VI.2.1 ETIOLOGÍA

Nadler y Meklas clasificaron las causas del bruxismo en cuatro vertientes:

- Los *factores locales* se asocian con alguna forma de alteración oclusal moderada que produce una molestia leve, crónica y tensión, que a veces no se reconoce. En los niños, el hábito con frecuencia se asocia con la transición de la dentición decidua a la permanente y puede dar como resultado un intento inconsciente de colocar los planos dentales individuales de tal manera que la musculatura esté en descanso.
- Los *factores sistémicos* Se han informado que son factores causales los trastornos gastrointestinales (parásitos intestinales), deficiencias nutricionales subclínicas, alergias y trastornos endocrinos. En algunos casos se ha descrito un fondo hereditario.
- Los *factores psicológicos*, son la causa más común del bruxismo. La tensión emocional se puede expresar a través de varios hábitos nerviosos. De este modo una persona cuando sufre de miedo, ira, rechazo o de varias emociones que no puede expresar, los esconde en su subconsciente de tal manera que se expresan periódicamente en varios medios. Los niños con

⁷² PINKHAM J. R. “Odontología Pediátrica”Pág.381

⁷³ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág.78

alteraciones músculo esqueléticas (*parálisis cerebral infantil*) y aquellos que padecen retraso mental, rechinan los dientes con frecuencia.

- Los *factores ocupacionales* favorecen el desarrollo de este hábito. Los atletas que se encuentran comprometidos en actividades físicas, con frecuencia desarrollan bruxismo, aunque es incierta la razón exacta de esto. Las ocupaciones en las cuales el trabajo debe ser muy preciso como los relojeros, son propensas a causar el bruxismo; cuando es voluntario también se reconoce en las personas que por lo común mastican chicle, tabaco u objetos como los palillos y los lápices. Aunque voluntaria, también es una reacción nerviosa, que puede conducir a bruxismo involuntario o subconsciente.⁷⁴

VI.2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL HABITO DE BRUXISMO:

- Erosiones.
- Desgastes excesivos e irregulares llevan al desarreglo completo de la oclusión y a la destrucción de las estructuras de soporte y sustentación.⁷⁵

⁷⁴ www.odontologia.com.mx/articulos/Dr_Perera/bruxismo.htm

⁷⁵ ALVES CARDOSO Rielson J. “Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares”Pág.78

ZONA RURAL ALTOANDINA

2.5 POBLACION DE CANDARAVE

Creada un 15 de Septiembre en 1988, es la provincia más andina del departamento; sus comunidades más apartadas conservan numerosas tradiciones y costumbres aimaras.

Su capital, del mismo nombre, se ubica en una explanada orientada hacia el noroeste, al fondo de una gran hondonada, a 167 Km. De Tacna. Su clima es seco y frío, y en invierno las temperaturas pueden bajar hasta los $- 8^{\circ}\text{C}$.⁷⁶

Se encuentra a 3415 m.s.n.m, es centro ganadero y agrícola de primer orden. Candarave cuenta con una población en el 2000 de 9534 habitantes.

En Candarave y Tarata, el analfabetismo se sitúa dentro de márgenes aceptables , en la de Jorge Basadre, el 42% de la población ha terminado su educación secundaria y el 5,7% cuenta con superior universitaria completa.

El porcentaje de niños desnutridos crónicos esta muy lejos de las pavorosas cifras de departamentos como Huancavelica o Apurimac, aunque aquí igualmente hay que notar la diferencia entre los distritos de Candarave y Tarata, pues en éstos los niños desnutridos son porcentualmente tres veces mas numerosos.

Las características más resaltantes en la zona rural son:

1. El nivel económico y socio-cultural es, en líneas generales, medio-bajo.
2. Zona rural muy extensa con gran dispersión geográfica y poblacional.
3. Importante despoblamiento de la zona en los últimos años.
4. Núcleos de población reducidos, donde los niños tienen dificultad para encontrar otros niños de su edad con los que relacionarse.
5. Elevado numero de niños que no asisten al centro educativo.
6. Dificultades para la optimización de recursos humanos y materiales dada la gran dispersión geográfica.

⁷⁶ GRAN ENCICLOPEDIA DEL PERÚ. Pág.994

7. Dificultades de la población para acceder a diferentes servicios (comunes y extendidos en poblaciones urbanas): pediatría, Salud Mental, atención médica especializada, etc.
8. Dificultad o imposibilidad de los habitantes de los núcleos poblacionales menores para acceder a cualquier actividad educativa, cultural y recreativa que no sea ofrecida por la escuela: polideportivos, actividades extraescolares, actuaciones, representaciones, cine, bibliotecas, etc.⁷⁷

ZONA URBANA DE TACNA

2.6 POBLACION DE TACNA

Tacna fue declarada “Heroica Ciudad” por el Congreso constituyente el 21 de Mayo de 1821, “Por sus servicios distinguidos a la causa de la independencia, que ha recomendado su patriotismo de un modo singular”.

Ubicada a 562 m.s.n.m, Tacna es hoy una próspera ciudad moderna, poseedora de un excelente clima templado, benigno y acogedor. Durante los meses de invierno se observan densas neblinas al amanecer, denominadas “Camanchacas”, y fuertes vientos de dirección Suroeste.⁷⁸

Tacna cuenta con una población en el año 2000 de 152494 habitantes.

Tacna es, pues, un poderoso polo de atracción migratoria debido a su próspero comercio y a la naciente industria, que ofrecen puestos de trabajo. Esta tendencia venia perfilándose desde hace más de treinta años, pero se ha acelerado últimamente y ha hecho de Tacna la undécima ciudad del Perú en población, con 227110 habitantes (2002), es decir, el 0,8% del total peruano. Este crecimiento es más alto del país: 3,7% anual.⁷⁹

⁷⁷ www.centros6.pntic.mec.es/equipo.general.el.burgo.de.osma/index.html

⁷⁸ GRAN ENCICLOPEDIA DEL PERÚ. Pág.992

⁷⁹ ATLAS REGIONAL DE PERÚ - TACNA Pág.24

Las características más resaltantes en la zona urbana son:

1. El nivel económico y socio-cultural es, en líneas generales, medio-alto.
2. Zona urbana muy extensa con gran dispersión geográfica y poblacional.
3. Núcleos de población abundantes, los niños gozan de centros recreacionales y no tienen dificultad para encontrar otros niños de su edad con los que relacionarse.
4. Elevado número de niños que en su mayoría asisten a los centros educativos.
5. La población urbana goza de servicios tales como: pediatría, Salud Mental, atención médica especializada, etc.
6. Factibilidad de los habitantes de los núcleos poblacionales para acceder a cualquier actividad educativa, cultural y recreativa que no sea ofrecida por la escuela: polideportivos, actividades extraescolares, actuaciones, representaciones, cine, bibliotecas, etc.⁸⁰

⁸⁰ www.centros6.pntic.mec.es/equipo.general.el.burgo.de.osma/index.html

3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **AGURTO PAMELA, DÍAZ RODRIGO, CÁDIZ OLGA, BOBENRIETH FERNANDO: CHILE - 1999**

" 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".

El universo estuvo constituido por niños de 3 a 6 años de 6 colegios y 4 jardines infantiles particulares del área oriente de Santiago, con un total de 1110 niños. El 66% presentó malos hábitos. Se observaron un total de 1 878 casos, siendo los más frecuentes la succión (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%). Los objetos más succionados fueron la mamadera en 55%, el dedo en 23% y chupete 15%. De los niños que presentaron malos hábitos, el 57% (417) presentó a lo menos una anomalía dentomaxilar. Las anomalías más frecuentes fueron distoclusión 38%, mordida cruzada 28% y mordida abierta en 16%. Se corroboró una asociación altamente significativa entre la presencia de los malos hábitos y el desarrollo de maloclusiones.

- **ALPACA ZEVALLOS, MAGALI ELVIRA: AREQUIPA-PERU. 2004**

"Estudio de la prevalencia de Hábitos Bucales Perniciosos en niños y niñas de 6 a 10 años del Colegio Virgen del Rosario de Arequipa (2004) ".

El universo estuvo constituido por niños cuyas edades oscilan entre los 6 a 10 años del colegio Particular Virgen del Rosario en el año 2003 con un total de 149 niños.

Los resultados fueron: 78% presentaron Hábitos perniciosos.

Siendo los mas frecuentes: Hábitos de Morder con 51,77%, seguido por succión con 34,04% y el menos frecuente es el de postura con 14,18%.

Dentro del Grupo de morder el que prevalece es morder objetos con el 23,34% seguido por morder el labio con 15,96%, con respecto a succión el que predomina es de succión digital con 15,25% donde los niños representan el 9,22% y las niñas un 6,03% de casos observados, con respecto a postura el hábito de apoyo de la cara sobre la mano o antebrazo representa un 9,57% de casos siendo los niños los que representan en mayor prevalencia con 6,03% sobre 3,55% que presentan en las niñas.

- **BAYARDO CASILLAS, RUBEN EDUARDO; MEJIA GUDIÑO, JOSE DE JESUS; OROZCO MEJIA, SALVADOR; MONTOYA BAYARDO, KARLA: ARGENTINA-1995**

“Los Malos Hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. Primera Parte”

Se analizaron 1600 expedientes odontopediátricos con el objeto de determinar la incidencia, prevalencia y distribución de los malos hábitos bucales. Un 56% de los niños demostraron algún hábito bucal pernicioso, manifestándose una predisposición significativa en los pacientes de sexo femenino. Los hábitos de succión no nutritiva se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes del grupo de niñez temprana, mientras que los hábitos de morder se manifestaron predominantemente en preadolescentes y adolescentes. La onicofagia y el bruxismo se presentaron en un 23%, succión digital y respiración bucal 11% , succión del labio y/o lengua en un 7%. Un 2% de los pacientes mostraron algún otro tipo de mal hábito bucal.

- **CASTELLANOS ROSADO, NANCY ALTEMIRA: LIMA-PERU.1990**

" Onicofagia y nivel socioeconómico en niños de 12 años de edad de Lima Metropolitana (1990) "

La muestra estuvo conformada por 424 escolares de 2 centros educativos, 213 pertenecientes al nivel socioeconómico alto y 211 al bajo. Según sexo la muestra se distribuyó teniendo 45.8 por ciento de escolares del sexo femenino y 54.2 por ciento del sexo masculino. Se encontró que los niños que pertenecían al nivel socioeconómico alto tenían casi 2 veces mas chance de presentar onicofagia comparados con los niños del nivel socioeconómico bajo. Se concluyó que para la muestra estudiada el nivel socioeconómico alto es un indicador de riesgo para la presencia del hábito de onicofagia.

- **ESTRADA R., MARIA EUGENIA; CAUVI LEÓN, DORIS: CHILE-1993**

“Prevalencia de Malos Hábitos Bucales en pacientes portadores de labio leporino uni o bilateral y/o fisura velopalatina operados”

Los malos hábitos bucales son factores importantes en el desarrollo de la maloclusión. Nuestro propósito fue estudiar la prevalencia de los malos hábitos bucales en 100 niños con fisura de labio y/o velopalatina operados, quienes están en tratamiento de rehabilitación en el IRMADEMA y en la Fundación Gantz. Considerándose por grupos según el tipo de dentición que presentan (temporal, mixta 1- 2 permanente). De esta

muestra determinamos una tasa de prevalencia muy alta de niños que presentan algún tipo de mal hábito, siendo el de interposición lingual 74%, respiración bucal 36%. Sólo el mal hábito de succión digital y otros objetos se presentó con una frecuencia mínima de 11%. No encontraron diferencias significativas en la frecuencia de los malos hábitos bucales y las etapas de la dentición, esto significa que los malos hábitos bucales no disminuyen con la edad en los niños con fisuras de labio y/o velopalatina operados.

- **FERNÁNDEZ TORRES, CELIA MARIA; ACOSTA COUTIN, AMÉRICA: CUBA-1997**

“Hábitos Deformantes en Escolares de Primaria”

Se realizó un estudio para determinar los hábitos deformantes en escolares de primaria comprendidos entre los 6 y 11 años de edad. El universo de trabajo se constituye por 3090 matriculados en las escuelas primarias del curso escolar 1993-1994, que reciben atención en los servicios escolares de la clínica estomatológica de H y 21. Se seleccionó la muestra por grados y edades hasta completar 270 niños escogidos al azar. Se determinó que los niños que presentaban hábitos como succión digital, respiración bucal y deglución infantil, presentaron mayor porcentaje de maloclusiones. La presencia de hábitos deformantes es de 68,15%. El tipo de hábito se comportó diferente en los grupos etáreos. Se consideró realizar control sistemático de los factores de riesgo de oclusión en la propia escuela y supervisar el trabajo por los especialistas en Ortodoncia.

- **FERNANDEZ TORRES, CELIS; CUAN CORRALES, MIRIAM: CUBA-1985**

“Prevalencia de Maloclusiones en niños de 6 a 11 años de edad”

Se realiza un estudio para determinar la prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 11 años de edad. El universo de trabajo se constituye por 37.475 niños matriculados en las escuelas primarias del curso escolar 1979-1980. Se seleccionan en cada área de salud 3 escuelas, y en cada una de ellas, por el mismo método, se escogieron 34 niños de las edades estudiadas, divididos en ambos sexos. Se analiza la prevalencia de maloclusión en relación con la edad, sexo, clasificación de Angle, dentición y área de salud. Se determina que la prevalencia oscila entre 62,2% y 72,0%. La maloclusión aumenta con la edad y el desarrollo de la dentición. Se encuentran áreas de salud más afectadas que otras.

- **MONTIEL E. JUAN MANUEL : MÉXICO-2004**

" Frecuencia de Maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad "

Se examinaron 135 niños con dentición mixta en edades de 6 a 12 años, con el fin de evaluar la frecuencia de maloclusión y su posible asociación con hábitos orales perniciosos. Manifestándose una predisposición hacia la Clase I Relación Molar para el sexo femenino con un 71%, con respecto a otro tipo de maloclusión se encontró desviación de la línea media 10% y apiñamiento 10%, así mismo para hábitos bucales perniciosos encontramos Onicofagia con un 41% para la Clase I afectando a niños de 11 años con preferencia por el sexo femenino con $p < 0.021$, respiración bucal 20% y deglución atípica 14%.

- **NAVARRO NÁPOLES JOSEFA, DUHARTE ESCALONA ANA: CUBA-1999**

" Lactancia materna y su relación con los hábitos bucales incorrectos (1999)"

Se realizó un estudio de 78 madres e igual número de niños de 2 a 4 años de edad, pertenecientes a los consultorios del médico de familia 25 y 34 del policlínico “Carlos J. Finlay” de Santiago de CUBA .

Se halló un predominio del corto tiempo de lactancia de 3 a 5 meses en 57.6% de las madres encuestadas y de hábitos bucales incorrectos en 66.6% de sus hijos. Los resultados obtenidos revelaron una relación inversa entre el tiempo de lactancia y los hábitos bucales incorrectos, así como también que a partir de los 3 meses de lactancia esta práctica disminuye, fundamentalmente en las madres trabajadoras y estudiantes, las cuales dejan de lactar tempranamente para incorporarse a sus actividades, a pesar de que poseen conocimientos sobre las ventajas de amamantar a sus hijos.

- **PASTOR ARENAS, SANDRA TERESA: LIMA-PERU. 1999**

" Asociación entre el hábito de succión digital y el nivel socioeconómico en escolares de 12 años de edad de Lima Metropolitana (1990) "

La muestra estuvo conformada por 424 escolares de dos centros educativos, 213 pertenecientes al nivel socioeconómico alto y 211 al bajo. Según, el sexo la muestra se distribuyó en 45.8% escolares del sexo femenino y 54.2% del masculino. Se encontró que los niños que pertenecían al nivel socioeconómico alto tenían aproximadamente la mitad de chance (*) de tener el hábito de succión digital, en comparación con los niños

del nivel socioeconómico bajo, con una razón de disparidad de 0.45 y un intervalo de confianza al 95% .

- **VARELA DE VILLALBA, TERESA; LESCANO DE FERRER, ALFONSINA: ARGENTINA-1999**

“Epidemiología de las anomalías Dentomaxilares. Trabajo realizado en niños de escuelas municipales de la ciudad de Córdoba, República de Argentina.”

Se realizó un estudio de la población infantil de Córdoba para evaluar el porcentaje de maloclusiones y la necesidad de su tratamiento, 990 niños de ambos sexos del 1° al 7° grado fueron seleccionados de un total de 16.870 alumnos inscritos en 1993. Se utilizó la ficha epidemiológica para registro de maloclusiones realizados en la Facultad de Odontología de Montevideo – Uruguay, para permitirnos determinar las características morfofuncionales que prevalecen en la dentición temprana, mixta y permanente. Los resultados indican una prevalencia de cierre labial anormal y la presencia de hábitos. En la dentición mixta y permanente se usaron índices cuantitativos para determinar la anomalía ortodóncica y evaluar la necesidad y prioridad del tratamiento usados en Buenos Aires por el Dr. Tenembaun, Goto y Morales y se encontró un alto porcentaje de anomalías leves. El bajo porcentaje de maloclusiones hallado en dentición temporaria 19,42% y su tendencia a aumentar hacia la dentición permanente nos lleva a plantear la necesidad de controles desde edad temprana para prevenir e interpretar la maloclusión.

- **ZEGARRA ADANAQUE, ALICE NATHALI: AREQUIPA-PERU. 2001**

" Influencia del Hábito de Succión Digital sobre las Relaciones Dentoalveolares en Niños y Niñas de 3 a 5 años de los Centros Educativos Iniciales de Umacollo Arequipa (2001)"

El presente trabajo tuvo una muestra de 403 niños, cada grupo constituido por 21 niños; un grupo formado por niños que presentaban el hábito y el otro grupo que no presentaba ningún tipo de hábito.

Los resultados obtenidos fueron: inclinaciones antero superiores hacia vestibular, grupo de trabajo 71,4% y en el grupo control de 4,8%, en inferiores hacia lingual; grupo de trabajo 81% y grupo control 38.1%, un over bite negativo de 23% en el grupo con succión y el 0% en el grupo sin succión, el grupo de trabajo presentó un over jet promedio de 2.38mm y el grupo control 0.95mm. En la Relación Molar, en el grupo con succión se encontró un escalón distal en un 28,6% y en el grupo succión no se encontró.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

En varios aspectos el niño es una etapa de formación del futuro adulto, principalmente en lo físico y en lo funcional. Entendemos que la salud holística, que corresponde al bienestar físico, psíquico y social del individuo, queda comprometida por los hábitos bucales incorrectos, pues muchas veces estas vertientes no se armonizan.

El Dentista tiene que estar preparado para diagnosticar y prevenir posibles desviaciones de la normalidad y, lo que constituye el mayor desafío, reeducar al niño de forma concomitante con el empleo de recursos clínicos, para lograr el abandono del mal hábito. Es claro que intervienen interacciones multidisciplinarias que deben ser plenamente conocidas, para que el profesional pueda investigar con el interés de un objetivo mayor, que es el restablecimiento del paciente.

El defecto de la manifestación repetitiva y de la satisfacción que depara es lo que determina la instalación del hábito. Son por lo tanto, expresiones viciosas de aspecto físico, motor y de satisfacción psicoemocional.

Hasta hace poco tiempo se pensaba que el hecho de que el feto succionara el pulgar en la vida intrauterina provenía de inducciones de procesos frustrantes de la propia madre. Hoy se sabe que sólo es un entrenamiento necesario, pues el recién nacido desde los primeros minutos necesita saber succionar y deglutir para nutrirse.

El hábito no se instala después del nacimiento, se da en un acto inmediato de descarga refleja o de carencia. Succionar es indispensable. Esto supone sobrevivir. No obstante, si el acto se repite significativa frecuencia sin finalidad nutritiva, se hace un hábito pernicioso.

Consideramos que aún es más seguro afirmar que hábitos bucales son probables factores determinantes de maloclusiones. Como factores fuertes y únicos, podemos afirmar que no. Preferimos entenderlos como factores etiológicos coadyuvantes. Pues muchas veces la predisposición determinada por el tipo facial podrá favorecer el desequilibrio y la instalación de la maloclusión.

Si la instalación de estos malos hábitos bucales se dan en aquellos niños que están en pleno crecimiento y desarrollo, entonces estos conllevaran a la presentación de maloclusiones dentomaxilares.

En la presente investigación se pretende analizar que maloclusiones se asocian a la presencia de malos hábitos bucales y realizar una comparación entre Candarave y cercado de Tacna y con su aporte valorar la importancia de realizar su detección precoz y tratamiento para disminuir la frecuencia de las alteraciones dentomaxilares. Sobre todo, tratándose de una población rural como Candarave que no goza de servicios odontológicos óptimos y mucho menos de servicios odontológicos especializados, a diferencia del cercado Tacna que si goza de estos servicios.

Debido a que los Malos Hábitos Bucales influyen en los procesos de crecimiento y desarrollo craneofacial alterando el equilibrio que existe entre las diferentes estructuras orofaciales, pudiendo desarrollarse maloclusiones Dentomaxilares, es por eso que me planteo la siguiente pregunta:

¿ Los Malos Hábitos Bucales asociados a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares, entre los niños y niñas de 06 a 09 años son diferentes en el Distrito Candarave y en el Cercado Tacna 2004?

2.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar que Malos Hábitos Bucales se asocian a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares, entre los niños y niñas de 06 a 09 años del Distrito Candarave y Cercado Tacna 2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la Presencia de Malos Hábitos Bucales en niños y niñas de 06 a 09 años en el Distrito Candarave y Cercado Tacna 2004.
- Identificar la Presencia de Maloclusiones Dento maxilares en niños y niñas de 06 a 09 años en el Distrito Candarave y Cercado Tacna 2004.
- Determinar la presencia de los Malos Hábitos Bucales que se asocian a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares según Sexo y Edad en el Distrito Candarave y Cercado de Tacna 2004..
- Relacionar las frecuencias de Malos Hábitos Bucales en niños y niñas de 06 a 09 años en el Distrito Candarave y Cercado Tacna 2004.
- Comparar las frecuencias de Maloclusiones Dentomaxilares en niños y niñas de 06 a 09 años en el Distrito Candarave y Cercado Tacna 2004.

2.3 JUSTIFICACIÓN

El presente problema es justificado por:

- **Por su originalidad**

La importancia actual de la investigación es significativa porque posee importancia teórica específica y por el hecho de que se tendrá información de saber si las maloclusiones dentomaxilares se asociaron o no ante la presencia de los Malos Hábitos Bucales de nuestro medio lo que sería de gran utilidad en la actualidad puesto que permitiría dar a conocer a la población el valor que significa la Salud Dental y que los Malos Hábitos Bucales producen alteraciones dentomaxilares que no pueden ser pasadas por alto, puesto que estos producen problemas en el crecimiento y desarrollo normal del Sistema Estomatognático y de esta manera se podrá brindar una mayor educación e información de Salud. Y así poder mejorar el nivel de Salud Oral en los niños y niñas de 06 a 09 años tanto de la zona Rural de Candarave y cercado de Tacna.

Dado que es el Primer trabajo de investigación (de este problema) que se da en una población rural, con características socioeconómicas, actitudinales (Higiene Personal e Higiene Bucal) y de creencias distintas a las de nuestro medio urbano cercado Tacna.

- **Interés Personal**

Me despertó el interés de conocer este problema por su importancia teórica de nuestro medio debido a que los Malos Hábitos Bucales influyen en gran parte de las alteraciones del crecimiento y desarrollo correcto de la oclusión dental, ocasionando alteraciones conocidas como maloclusiones dentomaxilares.

Otro aspecto que pude percibir cuando realizaba mis prácticas pre-profesionales aprecie una alta incidencia de maloclusiones dentomaxilares, en los niños muchos de los cuales no eran observados y diagnosticados por los Odontólogos, no se percataban de la presencia de uno o varios Malos Hábitos Bucales, entonces para mí será muy importante dar a conocer los resultados obtenidos en la presente investigación lo que implicará un mejor manejo de las medidas preventivas de estas maloclusiones dentomaxilares ya que una de las tantas causas es la presencia de los Malos Hábitos

Bucales, y poder evitarlos y las consecuencias que conllevan, las que ocasionarán problemas para el crecimiento y desarrollo normal de Sistema Estomatognático.

- **Por su viabilidad**

En razón de que el presente trabajo de investigación es factible de ser realizado, porque existe apoyo de los 05 Centros Educativos del Distrito de Candarave y Cercado de Tacna y disponibilidad de unidades de estudio, recursos, tiempo y conocimiento metodológico para poder conducir la presente investigación.

CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

La ciudad de Tacna se localiza en el extremo meridional del Territorio Peruano entre las coordenadas geográficas 16° 30' 00'' y 18° 21' 03'' de latitud Sur y 62° 29' 30'' y 71° 10' 00'' de longitud Oeste. Presenta una extensión de 16 075,89 Km² y una configuración geográfica interesante.

Se encuentra ubicada a 562 m.s.n.m. Y si bien el departamento es conocido por su actividad comercial, no hay que olvidar que su espacio geográfico tiene un potencial afectivo para los deportes de aventura, pues se extiende desde las impotentes áreas de punas y cumbres nevadas hasta la orilla del Océano Pacífico.

Las Instituciones Educativas tomadas al azar fueron: José Rosa Ara, Carlos Armando Laura, Carlos Wiese y Jorge Martorell, estas instituciones cuentan con todos los servicios públicos.

La Población de Estudio estuvo constituida por los niños que fueron tomados al azar de 06 a 09 años de edad que cursan sus estudios primarios en las respectivas Instituciones Educativas ya mencionadas y que se encuentran ubicados en el Cercado Tacna.

El Distrito de Candarave se encuentra ubicada al NorOeste del Departamento de Tacna, es la provincia mas andina.

Fue creada el 15 de Septiembre de 1988; sus comunidades más apartadas conservan numerosas tradiciones y costumbres aimaras.

Candarave se encuentra a 3415 m.s.n.m. el clima es seco y frío, en invierno las temperaturas pueden bajar hasta -8°C. En su jurisdicción se encuentran las lagunas de “Aricota” y “Suches” así como los Volcanes “Yucamane” y “Tutupaca” (5055 m.s.n.m.).

Es un centro ganadero y agrícola de Primer orden, el analfabetismo se sitúa dentro de los márgenes aceptables, los niños desnutridos crónicos está muy lejos de las pavorosas cifras de los departamentos de Huancavelica o Apurímac.

Las instituciones Educativas más cercanas al Distrito de Candarave fueron: Simón Bolívar (Santa Cruz); Ciro Alegría Bazan (Yucamane); N° 42220 (Patapatani); Fortunato Zora Carvajal (Candarave); N°42115 (San Pedro). Todas las instituciones cuentan con los respectivos Servicios Públicos.

La Población de Estudio estuvo constituida por todos los niños de 6 a 9 años que se encuentran cursando el nivel Primario y que se encuentran en el Distrito de Candarave, Provincia de Tacna.

3.2 TIPO DE DISEÑO DEL ESTUDIO

El siguiente trabajo de investigación es de los siguientes tipos:

- ❖ Por el Tipo de Conocimientos Previos: **Científica**
- ❖ Por la naturaleza de Objetos de Estudio: **Formal**
- ❖ Por el Tipo de Pregunta: **Explicativa**
- ❖ Por el Método de contrastación de las Hipótesis: **Pre-experimentales**
- ❖ Por el Método de estudio de las variables: **Cualitativas**
- ❖ Por el Número de Variables: **Multivariadas o Factoriales**
- ❖ Por el ambiente en que se realizan: **De campo**
- ❖ Por la Fuente de Datos que se emplean. **Primarios**

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra de la Zona Urbana de Tacna está constituida por el muestreo tomando al azar Y completando el 100% de la zona rural en los niños y niñas los Centros Educativos del Cercado de Tacna.

La muestra de la Zona Rural de Candarave y anexos está constituida por el 100% de niños y niñas del Centro Educativo Candarave y anexos .

La población de Estudio en el Cercado Tacna está constituido por los niños y niñas de 06 a 09 años que están inscritos en el Centro Educativo del Cercado de Tacna

Cercado Tacna:

- *“José Rosa Ara”* : de 1 - 42
- *“Carlos Armando Laura”* : de 43 - 84
- *“Carlos Wiese”* : de 85 - 127
- *“Jorge Martorell Flores”* : de 128 - 170

La población de Estudio en Candarave y Anexos está constituido por los niños y niñas de 06 a 09 años que están inscritos en las Instituciones Educativas siguientes:

- Santa cruz: “N° 42080 Simón Bolívar”* : 171 - 201
- Patapatani: “N° 42220”* : 202 - 213
- Yucamani: “N° 42084 “Ciro Alegría Bazán ”* : 214 - 233
- Candarave: “Fortunato Zora Carvajal”* : 234 - 326
- San Pedro: “N° 42115”* : 327 - 340

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños y niñas de 06 a 09 que están inscritos en los Centros Educativos de Candarave, Yucamani, San Pedro, Santa Cruz, y Patapatani.
- Niños y niñas de 06 a 09 años que están inscritos los Centros Educativos de Tacna “José Rosa Ara”, “Carlos Armando Laura”, “Carlos Wiesse”, “Jorge Martorell Flores”

B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Niños y niñas portadores de enfermedades genéticas que presenten características de maloclusiones.
- Niños y niñas que presentan retardo mental y/o Físicas.
- Niños y niñas que no sean cuidados por una persona adulta. (Al momento de la revisión del Examen, en caso que el examen sea realizado en el domicilio del niño).

3.5 HIPÓTESIS

“Los Malos Hábitos Bucales asociados a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares en niños y niñas entre 06 y 09 años es diferente en el Distrito de Candarave y en el Cercado de Tacna 2004”

3.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- Variable Independiente:** MALOS HÁBITOS BUCALES
- ❖ Por la Función que cumplen en la Hipótesis: **V. Independiente**
 - ❖ Por su Naturaleza: **V. Atributivas**
 - ❖ Por el Método de Estudio: **V. Cualitativas**
 - ❖ Por la Posesión de las Características: **V. Categóricas**
 - ❖ Por los valores que adquieren : **V. Poltomía**

- Variable Dependiente:** MALOCLUSIONES DENTOMAXILARES
- ❖ Por la Función que cumplen en la Hipótesis: **V. Dependiente**
 - ❖ Por su Naturaleza: **V. Atributivas**
 - ❖ Por el Método de Estudio: **V. Cualitativas**
 - ❖ Por la Posesión de las Características: **V. Categóricas**
 - ❖ Por los valores que adquieren : **V. Poltomía**

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADOR	CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION
MALOS HABITOS BUCALES	HABITO DE SUCCIÓN DIGITAL	Características Intrabucales a) Mordida Abierta b) Paladar Alto c) Retracción Mandibular d) Vestibuloversión I. Sup. e) Linguoversión I. Inf. f) Otros.....	Nominal
		Características en Dedos a) Limpios b) Callosos c) Erosiones d) Otros.....	

VARIABLE INDEPENDIENTE	HABITO DE SUCCION DEL CHUPETE	a) Mordida Abierta b) Paladar Alto c) Retracción Mandibular d) Vestibuloversión I. Sup. e) Linguoversión I. Inf. f)Otros.....	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE	HABITO DE MORDER ONICOFAGIA	Características Intrabucales a) Giroversión de los Incisivos b) Mordida Cruzada en la Zona de Aplicación	Nominal
		Características en dedos a) Uñas con Borde irregulares b) Uñas con Borde regulares c) Lesión de lechos ungueales	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEGLUCIÓN ATIPICA	Posición de Lengua en Deglución * Normal * Interposición	align="center">Nominal
		Posición de Lengua En Reposo * Normal * Interposición	
		Posición de Lengua En Fonación * Normal * Interposición	
VARIABLE INDEPENDIENTE	HABITO DE RESPIRACIÓN BUCAL	Prueba de Platina de Vidrio: a) 30” b) 1’ c) 2’ d) 2 a más minutos	Ordinal

“Estudio Comparativo de Malos Hábitos Bucales asociados o a la Presencia de Maloclusiones Dentomaxilares. Niños de 06 a 09 Años de Candarave y Cercado Tacna-2004”

VARIABLE INDEPENDIENTE	HABITO DE RESPIRACIÓN BUCAL	Características Intrabucales a) Gingivitis b) Mordida Abierta c) Mordida Cruzada d) Aumento de Curva Spee e) Vestibuloversión I. Sup. f) Linguoversión I. Inf. g) Otros.....	Nominal
		Características Extraorales a) Labios Incompetentes b) Fascies Adenoidea c) Perfil Convexo d) Hombros Caídos e) Otros.....	
VARIABLE INDEPENDIENTE	HABITO DE POSTURA	a) Mordida Cruzada Unilateral b) Desviación Línea Facial Media c) Línea media Facial centrada d) Desviación de la Mandíbula e) Otros.....	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE	HABITO DE MORDER OBJETOS	a) Desgaste de la Pieza Dentaria por Incisal. b) Desgaste de la Pieza Dentaria por Oclusal. c) Otros.....	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE	QUEILOFAGIA	Labio Superior a) Labio Hipertónico b) Labio Inf. Hipotónico c) Vestibuloversión I. Inf. d) Linguoversión I. Sup. Labio Inferior a) Labio Hipertónico b) Labio Sup. Hipotónico c) Vestibuloversión I. Sup. d) Linguoversión I. Inf.	Nominal

“Estudio Comparativo de Malos Hábitos Bucales asociados o a la Presencia de Maloclusiones Dentomaxilares. Niños de 06 a 09 Años de Candarave y Cercado Tacna-2004”

V. INDEPENDIENTE	GLOSOFAGIA	a) Mordida Abierta Anterior b) Mordida Abierta Unilateral c) Mordida Abierta Bilateral		Nominal
V. INDEPENDIENTE	BRUXISMO	a) Abrasiones b) Otros		Nominal
MALOCCLUSIONES DENTOMAXILARES	INDICADOR	CATEGORIZACION		ESCALA DE MEDICION
V. DEPENDIENTE	RELACION MOLAR	DERECHA a) Clase I b) Clase II c) Clase III	IZQUIERDA a) Clase I b) Clase II c) Clase III	Nominal
V. DEPENDIENTE	RELACION CANINA	DERECHA a) Clase I b) Clase II c) Clase III	IZQUIERDA a) Clase I b) Clase II c) Clase III	Nominal
Sexo	Sexo	Femenino Masculino		Nominal
Edad	Años cumplidos	1.- 06 años 2.- 07 años 3.- 08 años 4.- 09 años		Nominal

3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para que se pudiera realizar el siguiente trabajo de Investigación, se procedió a elaborar una encuesta que fue dirigida exclusivamente para los Padres de Familia (Anexo 01).

Y para recolectar los datos de los niños de 6 a 9 años de edad, se procedió a elaborar una Ficha Clínica (Examen Clínico) Anexo 02.

CAPITULO IV

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

CUADRO N° 1.A

Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su asociación a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares .Cercado Tacna 2004.

Presencia de Malos Hábitos bucales	Presencia de Maloclusiones Dentomaxilares															
	SI								No							
	I		II		III		Total		I		II		III		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Succión Digital	3	100.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00	115	68.86	39	23.35	13	7.78	167	100.00
Succión del Chupón	1	50.00	1	50.00	0	0.00	2	100.00	117	69.64	38	22.62	13	7.74	168	100.00
Onicofagia	30	83.33	5	13.89	1	2.78	36	100.00	88	65.67	34	25.37	12	8.96	134	100.00
Deglución Atípica	27	72.97	6	16.22	4	10.81	37	100.00	91	68.42	33	24.81	9	6.77	133	100.00
Respiración Bucal	16	72.73	4	18.18	2	9.09	22	100.00	102	68.92	35	23.65	11	7.43	148	100.00
Hábito de Postura	5	83.33	0	0.00	1	16.67	6	100.00	113	68.90	39	23.78	12	7.32	164	100.00
Hábito de Morder Objetos	12	70.59	5	29.41	0	0.00	17	100.00	106	69.28	34	22.22	13	8.50	153	100.00
Queilofagia *	4	66.67	0	0.00	2	33.33	6	100.00	114	69.51	39	23.78	11	6.71	164	100.00
Glosofagia	2	100.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	116	69.05	39	23.21	13	7.74	168	100.00
Bruxismo	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	117	69.23	39	23.08	13	7.69	169	100.00

Fuente: Encuestas Aplicadas

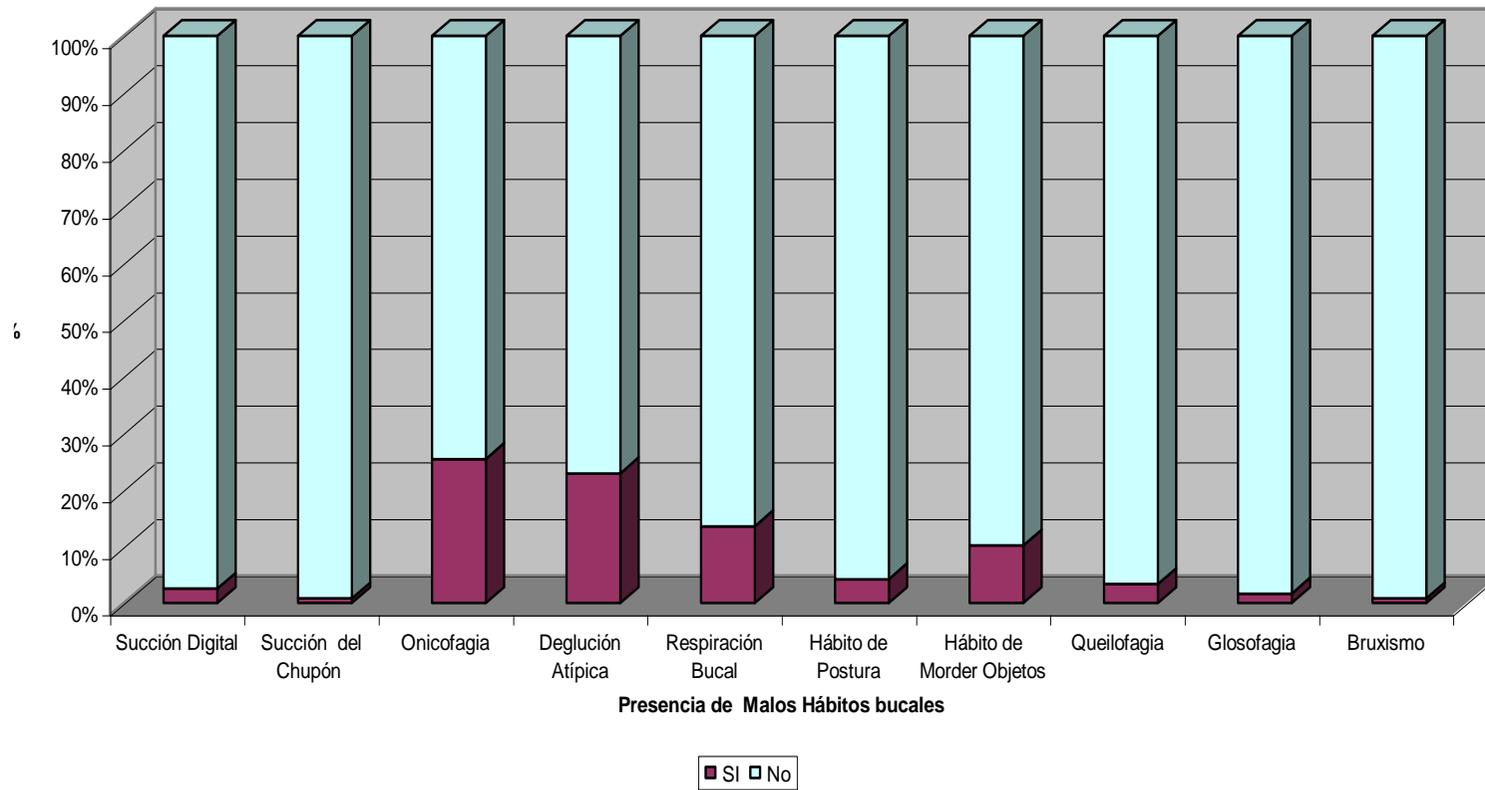
* $\chi^2=6.800$ $p < 0.033$

Interpretación Cuadro N° 1.A

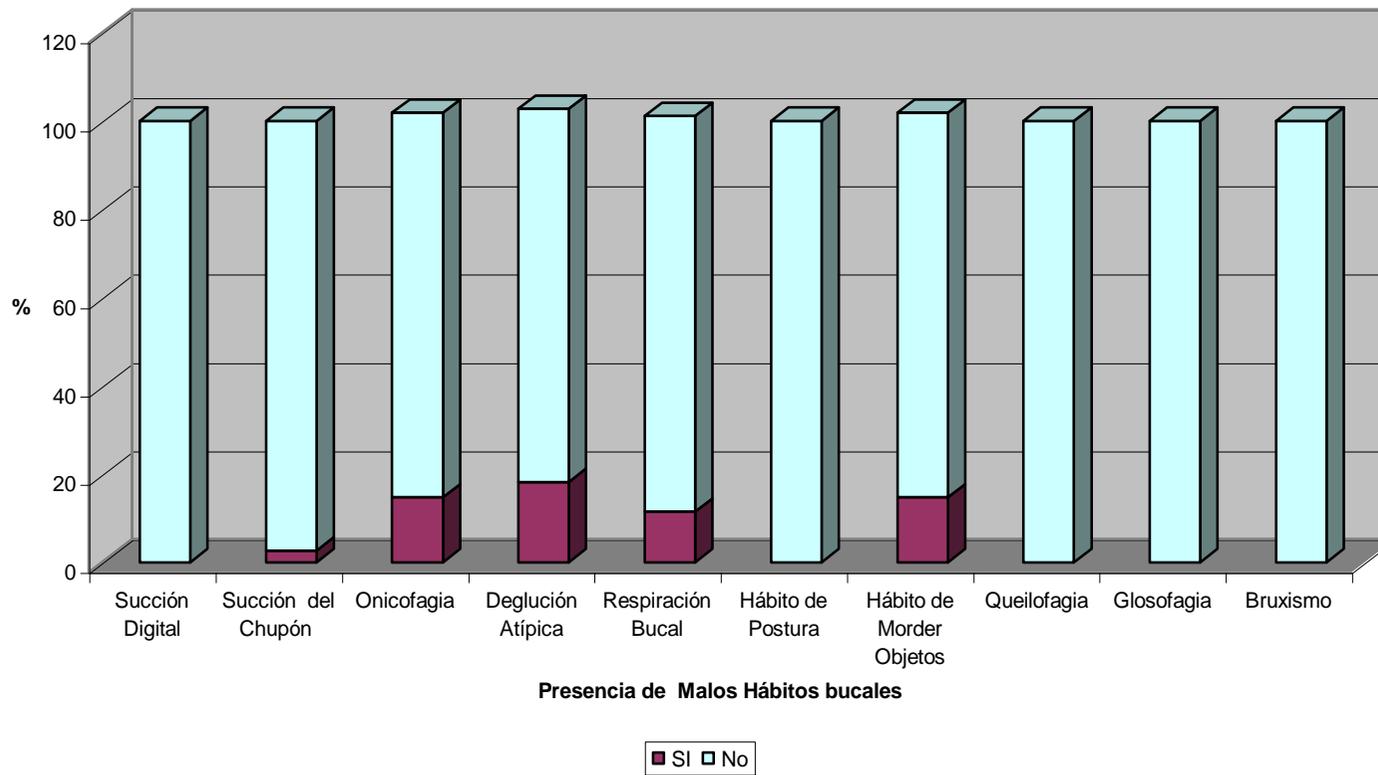
En el presente cuadro podemos apreciar que de los 37 niños que tiene el Mal Hábito Bucal de Deglución Atípica el 72.97% presenta Maloclusión Clase I, el 16.22% Clase II y 10.81% Clase III, de igual forma de 36 niños que tienen el mal hábito bucal de Onicofagia con 83.33% presenta Maloclusión Clase I, el 13.89% Clase II, y el 2.78% es Clase III., de 22 niños que tienen el mal hábito de Respiración Bucal, el 72.73% es Clase I, el 18.18% Clase II y finalmente para la Clase III con un 9.09%.

Sometidos estos datos a la prueba de independencia de criterios Chi – Cuadrado, observamos que solo hay relación significativa entre el mal hábito bucal Queilofagia ($X^2=6.800$ $p< 0.033$) y su asociación con las Maloclusiones Dentomaxilares.

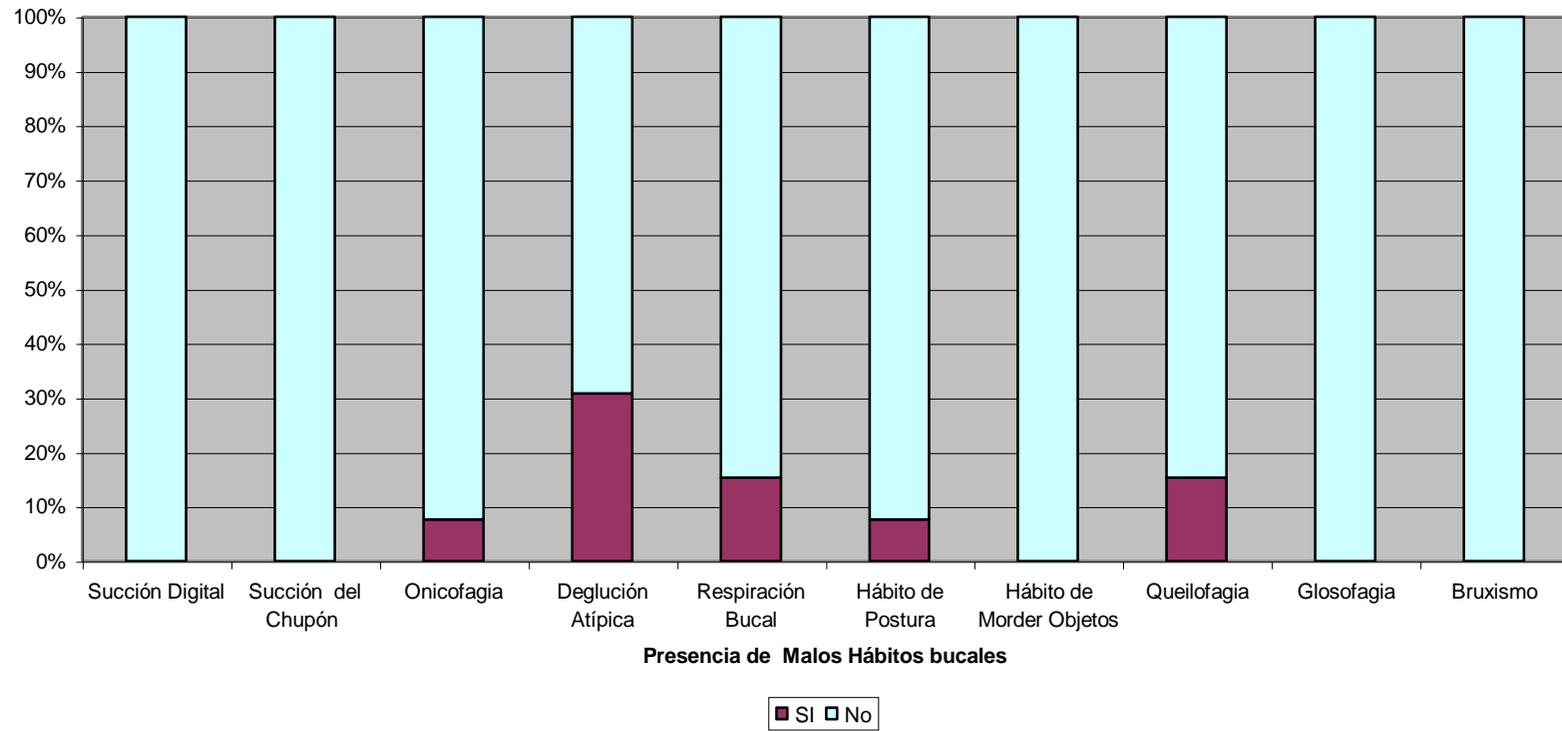
Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su asociación a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares .Cercado Tacna 2004. Clase I



Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su asociación a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares .Cercado Tacna 2004. Clase II



Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su asociación a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares .Cercado Tacna 2004. Clase III



CUADRO N° 1.B

Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su asociación a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares .Distrito de Candarave 2004.

Presencia de malos Hábitos Bucales	Presencia de Maloclusiones Dentomaxilares															
	SI								No							
	I		II		III		Total		I		II		III		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Succión Digital	1	50.00	1	50.00	0	0.00	2	100.00	111	66.07	40	23.81	17	10.12	168	100.00
Succión del Chupón	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	112	65.88	41	24.12	17	10.00	170	100.00
Onicofagia	10	62.50	5	31.25	1	6.25	16	100.00	102	66.23	36	23.38	16	10.39	154	100.00
Deglución Atípica	10	55.56	4	22.22	4	22.22	18	100.00	102	67.11	37	24.34	13	8.55	152	100.00
Respiración Bucal	2	66.67	1	33.33	0	0.00	3	100.00	110	65.87	40	23.95	17	10.18	167	100.00
Hábito de Postura	4	66.67	1	16.67	1	16.67	6	100.00	108	65.85	40	24.39	16	9.76	164	100.00
Hábito de Morder Objetos	5	38.46	5	38.46	3	23.08	13	100.00	107	68.15	36	22.93	14	8.92	157	100.00
Queilofagia	5	71.43	1	14.29	1	14.29	7	100.00	107	65.64	40	24.54	16	9.82	163	100.00
Glosofagia	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00	112	66.27	40	23.67	17	10.06	169	100.00
Bruxismo	1	50.00	1	50.00	0	0.00	2	100.00	111	66.07	40	23.81	17	10.12	168	100.00

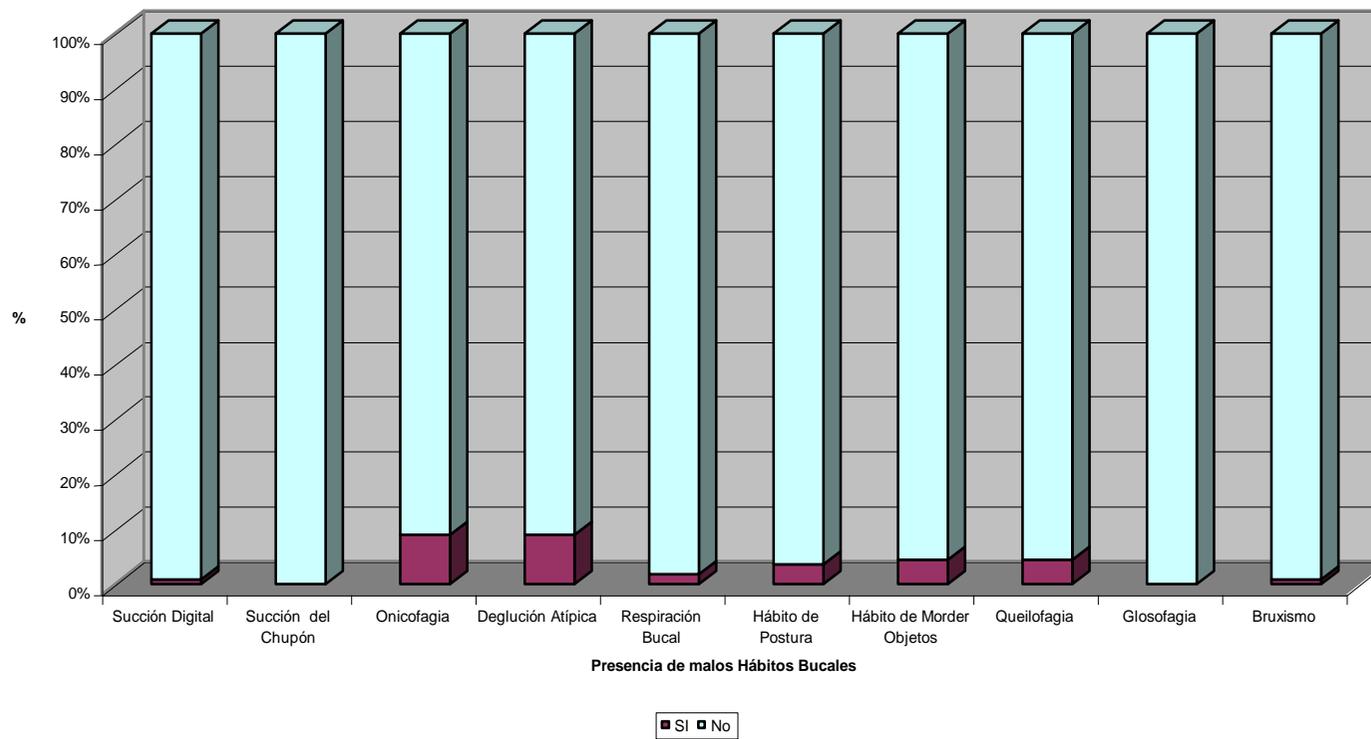
Fuente: Encuestas Aplicadas

Interpretación Cuadro N° 1.B

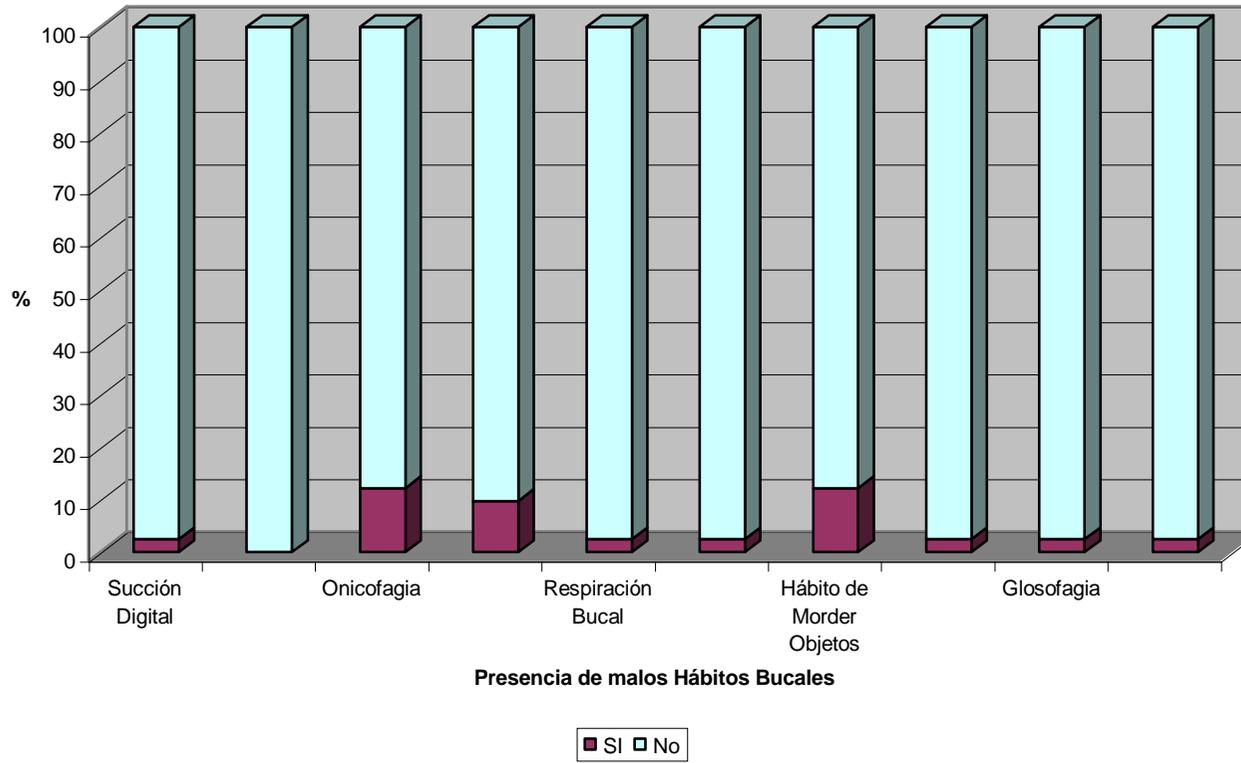
En el presente cuadro podemos apreciar que de los 18 niños que tiene el Mal Hábito Bucal de Deglución Atípica el 55.56% presenta Maloclusión Clase I, el 22.22% Clase II y 22.22% Clase III, de igual forma de 16 niños que tienen el mal hábito bucal de Onicofagia con 62.50% presenta Maloclusión Clase I, el 31.25% Clase II, y el 6.23% es Clase III., de 13 niños que tienen el mal hábito de Morder Objetos, el 38.46% es Clase I, el 38.46% Clase II y finalmente para la Clase III con un 23.08%

Sometidos estos datos a la prueba de independencia de criterios Chi – Cuadrado, observamos que no hay relación significativa entre los malos hábitos bucales y su asociación con las Maloclusiones Dentomaxilares en el Distrito de Candarave.

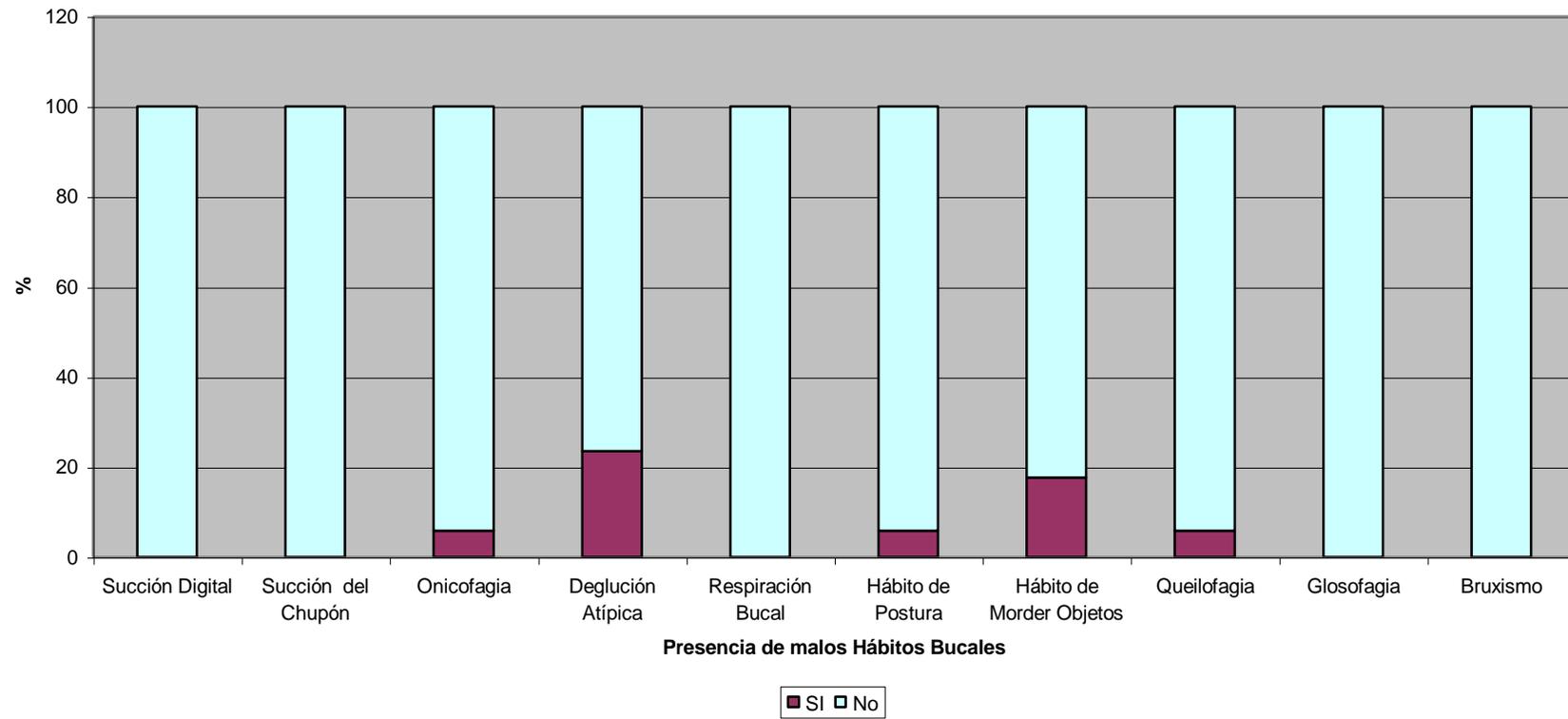
Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su asociación a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares .Distrito de Candarave 2004 Clase I



Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su asociación a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares .Distrito de Candarave 2004 Clase II



Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su asociación a la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares .Distrito de Candarave 2004 Clase III



CUADRO N° 2.A

Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Jet .Cercado Tacna 2004.

Presencia de Malos Hábitos Bucales	Retrusión						Bis a Bis						Normal						Protrusión					
	Si		No		Total		Si		No		Total		Si		No		Total		Si		No		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Succión Digital	0	0.00	25	100.00	25	100.00	1	2.78	35	97.22	36	100.00	1	1.16	85	98.84	86	100.00	1	4.35	22	95.65	23	100.00
Succión del Chupón	0	100.00	49	100.00	49	100.00	0	0.00	18	100.00	18	100.00	1	1.16	85	98.84	86	100.00	1	5.88	16	94.12	17	100.00
Onicofagia	10	20.41	39	79.59	49	100.00	2	11.11	16	88.89	18	100.00	20	23.26	66	76.74	86	100.00	4	23.53	13	76.47	17	100.00
Deglución Atípica a)	4	16.00	21	84.00	25	100.00	22	61.11	14	38.89	36	100.00	4	4.65	82	95.35	86	100.00	7	30.43	16	69.57	23	100.00
Respiración Bucal	1	4.00	24	96.00	25	100.00	8	22.22	28	77.78	36	100.00	10	11.63	76	88.37	86	100.00	3	13.04	20	86.96	23	100.00
Hábito de Postura	4	8.16	45	91.84	49	100.00	0	0.00	18	100.00	18	100.00	2	2.33	84	97.67	86	100.00	0	0.00	17	100.00	17	100.00
Hábito de Morder Objetos	1	2.04	48	97.96	49	100.00	2	11.11	16	88.89	18	100.00	12	13.95	74	86.05	86	100.00	2	11.76	15	88.24	17	100.00
Queilofagia	0	0.00	49	100.00	49	100.00	2	11.11	16	88.89	18	100.00	4	4.65	82	95.35	86	100.00	0	0.00	17	100.00	17	100.00
Glosofagia	1	2.04	48	97.96	49	100.00	1	5.56	17	94.44	18	100.00	0	0.00	86	100.00	86	100.00	0	0.00	17	100.00	17	100.00
Bruxismo b)	0	0.00	49	100.00	49	100.00	1	5.56	17	94.44	18	100.00	0	0.00	86	100.00	86	100.00	0	0.00	17	100.00	17	100.00

Fuente: Encuestas Aplicadas

a) $X^2 = 49.026$ $p < 0.000$
 b) $X^2 = 8.494$ $p < 0.037$

Interpretación Cuadro N° 2.A

Como se aprecia en el presente cuadro que de los 49 niños que tienen retrusión el 20.41% presenta Onicofagia, el 16.00% Deglución Atípica (25 niños)y el 8.16% para el mal Hábito de Postura.

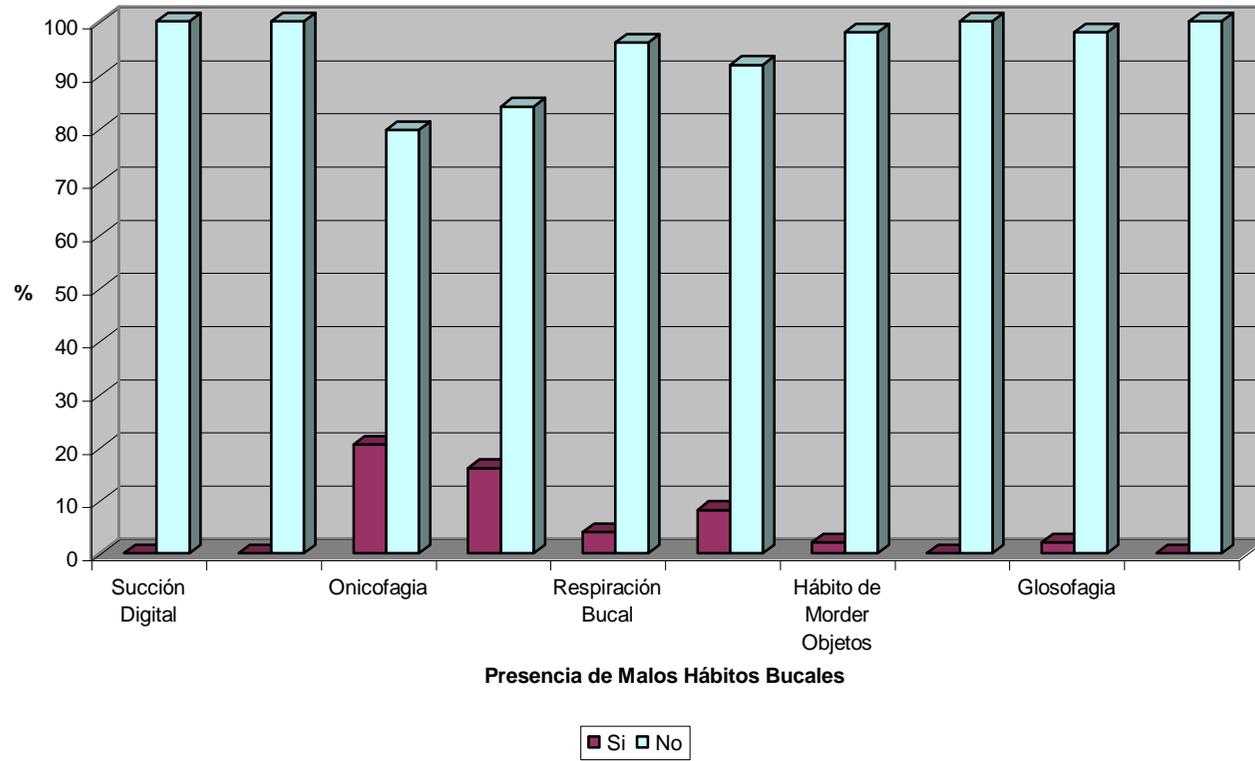
En cuanto a los niños que tienen Bis a Bis el 61.11% presenta Deglución Atípica, y en un mínimo porcentaje se presenta la succión digital, glosofagia y bruxismo con un 5.56%

De los niños que tienen un Over Jet normal el 23.26% presenta onicofagia, el mal Hábito bucal de morder objetos con un 13.95%.

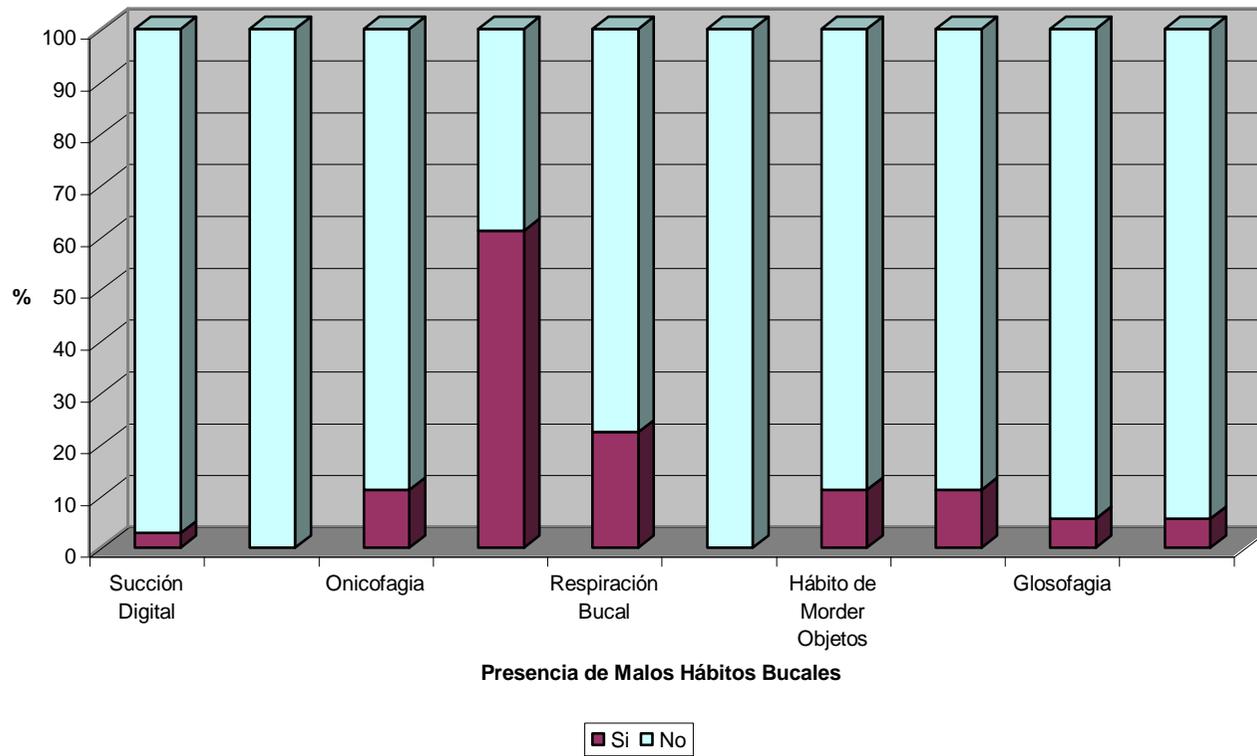
Y finalmente los niños que tienen Protrusión el 30.43% es para la Deglución Atípica, el 23.53% para la Onicofagia, seguido del 13.04% para la Respiración Bucal.

Estos datos al ser sometidos al análisis estadístico a través de la prueba de Independencia de criterios Chi – Cuadrado observamos que existe relación significativa entre el Mal Hábito Bucal de Deglución Atípica ($X^2 = 49.026$ $p < 0.000$), Bruxismo ($X^2 = 8.494$ $p < 0.037$)y sus componentes del Over Jet.

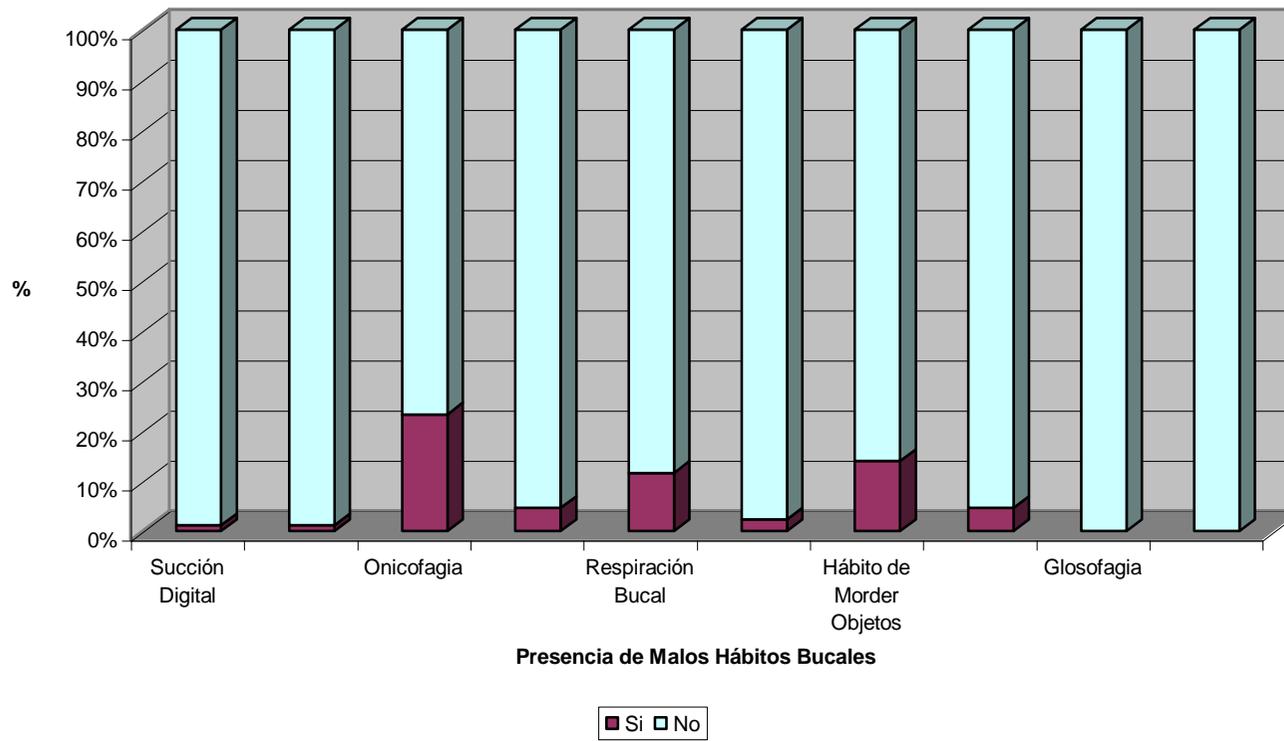
Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Jet .Cercado Tacna 2004. Retrusion



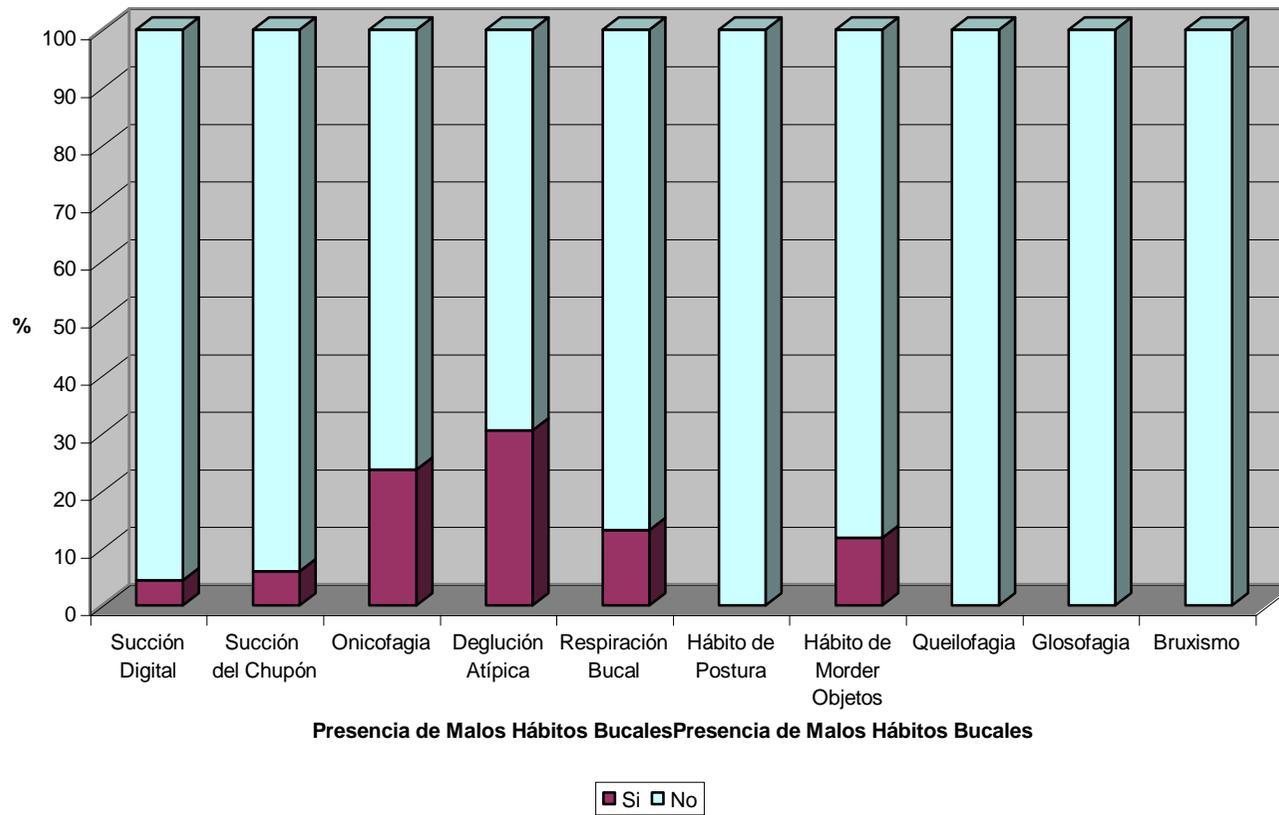
Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Jet .Cercado Tacna 2004. Bis a Bis



Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Jet .Cercado Tacna 2004. Normal



Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Jet .Cercado Tacna 2004. Protrusion



CUADRO N° 2.B

Distribución de niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Jet .Distrito de Candarave 2004.

Presencia de Malos Hábitos Bucales	<i>Retrusión</i>						<i>Bis a Bis</i>						<i>Normal</i>						<i>Protrusión</i>					
	Si		No		Total		Si		No		Total		Si		No		Total		Si		No		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	Ni	%	ni	%	ni	%	Ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Succión Digital	0	0.00	53	100.00	53	100.00	1	3.33	29	96.67	30	100.00	1	1.30	76	98.70	77	100.00	0	0.00	10	100.00	10	100.00
Succión del Chupón	0	0.00	64	100.00	64	100.00	0	0.00	22	100.00	22	100.00	0	0.00	77	100.00	77	100.00	0	0.00	7	100.00	7	100.00
Onicofagia	4	6.25	60	93.75	64	100.00	0	0.00	22	100.00	22	100.00	11	14.29	66	85.71	77	100.00	1	14.29	6	85.71	7	100.00
Deglución Atípica a)	0	0.00	53	100.00	53	100.00	11	36.67	19	63.33	30	100.00	3	3.90	74	96.10	77	100.00	6	60.00	4	40.00	10	100.00
Respiración Bucal	0	0.00	53	100.00	53	100.00	1	3.33	29	96.67	30	100.00	3	3.90	74	96.10	77	100.00	0	0.00	10	100.00	10	100.00
Hábito de Postura	4	6.25	60	93.75	64	100.00	0	0.00	22	100.00	22	100.00	2	2.60	75	97.40	77	100.00	0	0.00	7	100.00	7	100.00
Hábito de Morder Objetos b)	4	6.25	60	93.75	64	100.00	2	9.09	20	90.91	22	100.00	4	5.19	73	94.81	77	100.00	3	42.86	4	57.14	7	100.00
Queilofagia	1	1.56	63	98.44	64	100.00	0	0.00	22	100.00	22	100.00	6	7.79	71	92.21	77	100.00	0	0.00	7	100.00	7	100.00
Glosofagia	0	0.00	64	100.00	64	100.00	0	0.00	22	100.00	22	100.00	1	1.30	76	98.70	77	100.00	0	0.00	7	100.00	7	100.00
Bruxismo	0	0.00	64	100.00	64	100.00	0	0.00	22	100.00	22	100.00	2	2.60	75	97.40	77	100.00	0	0.00	7	100.00	7	100.00

Fuente: Encuestas Aplicadas

a) $X^2 = 40.607$ $p < 0.000$
b) $X^2 = 13.186$ $p < 0.004$

Interpretación Cuadro N°2.B

Como se observa en el presente cuadro que de los niños que tienen Retrusión el 6.25% presenta Onicofagia, Hábito de Postura y Hábito de Morder Objetos.

En cuanto a los niños que tienen Bis a Bis el 36.67% presenta Deglución Atípica, y en un mínimo porcentaje se presenta el mal Hábito Bucal de morder objetos 9.09%

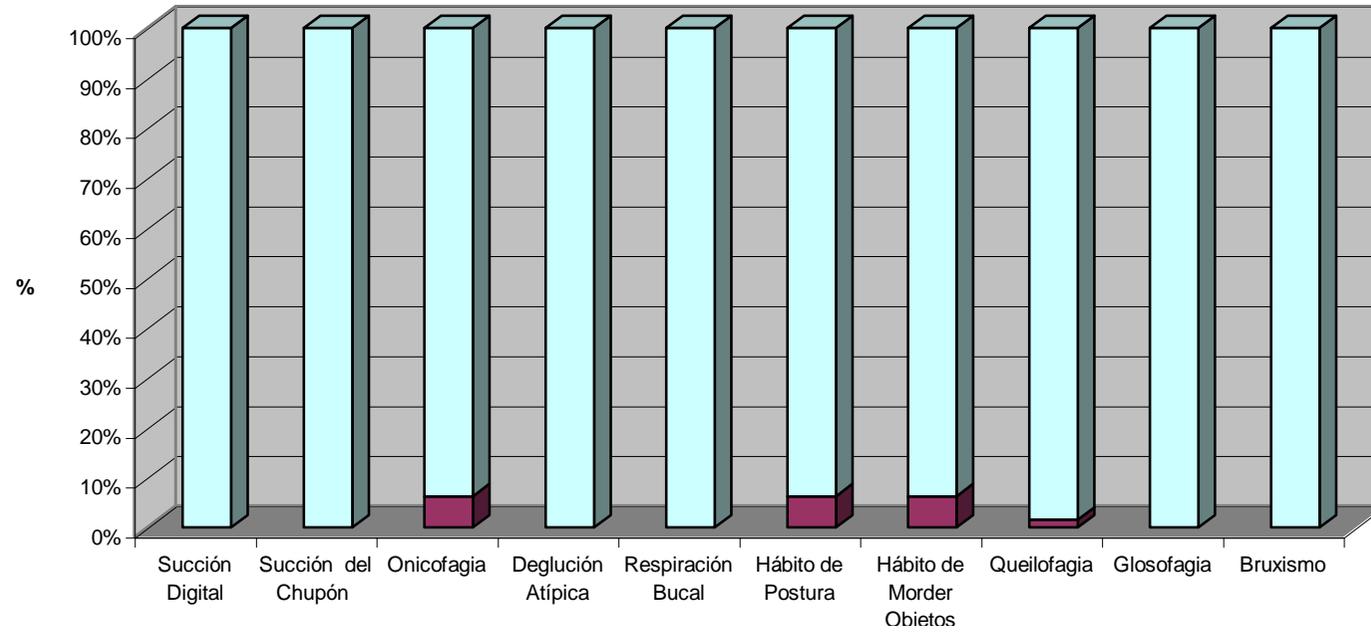
De los niños que tienen un Over Jet Normal el 14.29% presenta onicofagia, el mal Hábito Bucal de Queilofagia con un 7.79%.

Y finalmente los niños que tienen Protrusión el 60.00% lo presenta el mal hábito bucal Deglución Atípica y el 42.86% es para el Hábito de Morder Objetos.

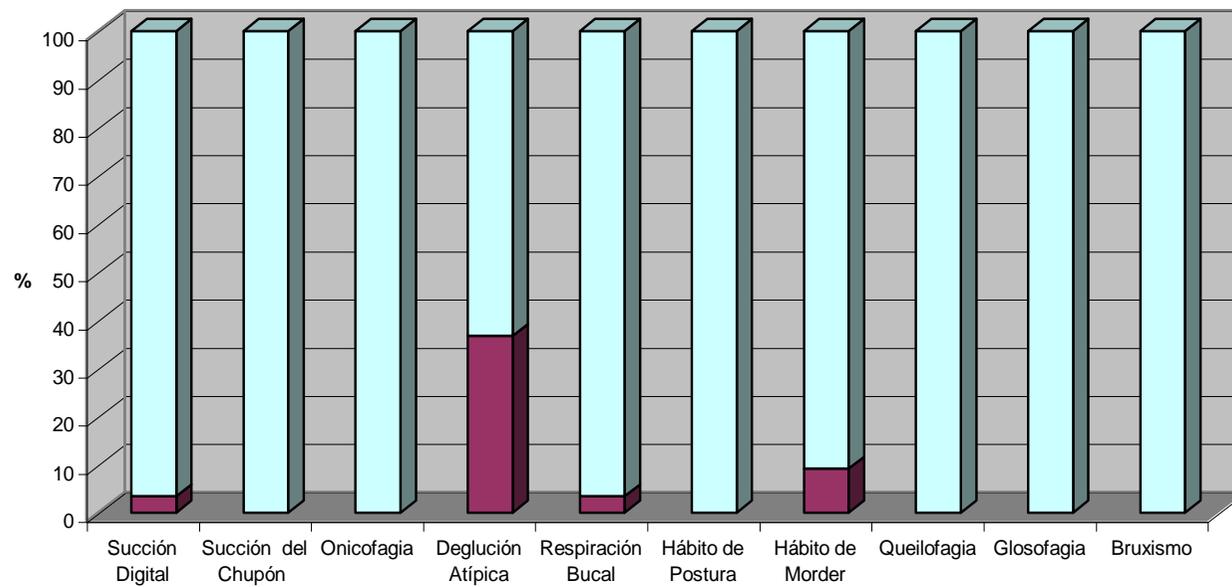
Estos datos al ser sometidos al análisis estadístico con la prueba de Independencia de criterios Chi – Cuadrado observamos q existe relación significativa entre el mal hábito de morder objetos ($X^2 = 13.186$ $p < 0.004$), Deglución Atípica ($X^2 = 40.607$ $p < 0.000$), y sus Componentes del Over Jet.

“Estudio Comparativo de Malos Hábitos Bucales asociados o a la Presencia de Maloclusiones Dentomaxilares. Niños de 06 a 09 Años de Candarave y Cercado Tacna-2004”

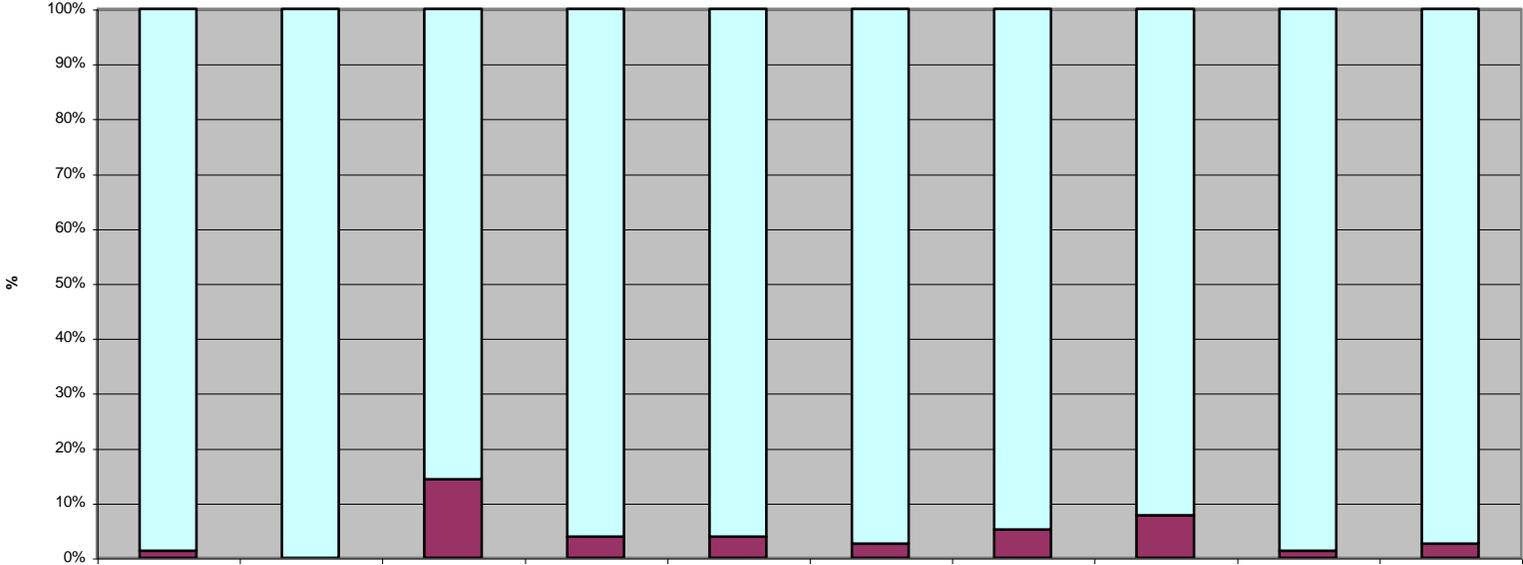
Distribución de niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Jet .Distrito de Candarave 2004. Retrusión



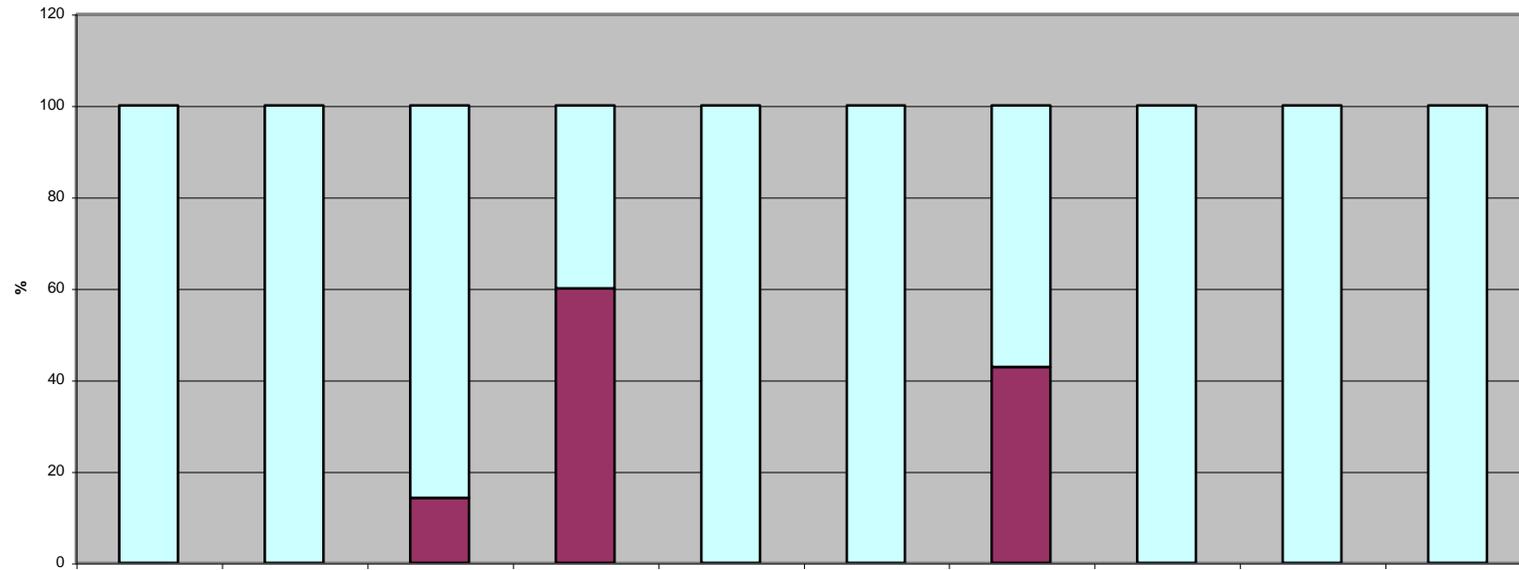
Distribución de niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Jet .Distrito de Candarave 2004. Bis a Bis



Distribución de niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Jet .Distrito de Candarave 2004. Normal



Distribución de niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Jet .Distrito de Candarave 2004. Protrusión



CUADRO N° 3.A

Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Bite . Cercado Tacna 2004.

Presencia de Malos Hábitos Bucales	<i>Mordida Abierta</i>						<i>Bis a Bis</i>						<i>Normal</i>						<i>Mordida Profunda</i>					
	Si		No		Total		Si		No		Total		Si		No		Total		Si		No		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Succión Digital	1	1.96	50	98.04	51	100.00	1	2.04	48	97.96	49	100.00	1	2.00	49	98.00	50	100.00	0	0.00	20	100.00	20	100.00
Succión del Chupón	0	0.00	51	100.00	51	100.00	0	0.00	49	100.00	49	100.00	2	4.00	48	96.00	50	100.00	0	0.00	20	100.00	20	100.00
Onicofagia	11	21.57	40	78.43	51	100.00	12	24.49	37	75.51	49	100.00	10	20.00	40	80.00	50	100.00	3	15.00	17	85.00	20	100.00
Deglución Atípica *	25	49.02	26	50.98	51	100.00	6	12.24	43	87.76	49	100.00	5	10.00	45	90.00	50	100.00	1	5.00	19	95.00	20	100.00
Respiración Bucal	9	17.65	42	82.35	51	100.00	6	12.24	43	87.76	49	100.00	4	8.00	46	92.00	50	100.00	3	15.00	17	85.00	20	100.00
Hábito de Postura	4	7.84	47	92.16	51	100.00	1	2.04	48	97.96	49	100.00	1	2.00	49	98.00	50	100.00	0	0.00	20	100.00	20	100.00
Hábito de Morder Objetos	1	1.96	50	98.04	51	100.00	6	12.24	43	87.76	49	100.00	8	16.00	42	84.00	50	100.00	2	10.00	18	90.00	20	100.00
Queilofagia	2	3.92	49	96.08	51	100.00	2	4.08	47	95.92	49	100.00	2	4.00	48	96.00	50	100.00	0	0.00	20	100.00	20	100.00
osofagia	2	3.92	49	96.08	51	100.00	0	0.00	49	100.00	49	100.00	0	0.00	50	100.00	50	100.00	0	0.00	20	100.00	20	100.00
Bruxismo	0	0.00	51	100.00	51	100.00	1	2.04	48	97.96	49	100.00	0	0.00	50	100.00	50	100.00	0	0.00	20	100.00	20	100.00

Fuente: Encuestas Aplicadas

* $\chi^2 = 32.222$ $p < 0.000$

Interpretación Cuadro N° 3.A

Como se aprecia en el cuadro N° 3.A de los 170 niños observados en el Cercado de Tacna en relación al Over Bite.

De los 51 niños que tienen Mordida Abierta el 49.02% lo presenta la Deglución Atípica, el 21.57% la Onicofagia, y seguidamente del 17.65% para el Mal hábito de Respiración Bucal.

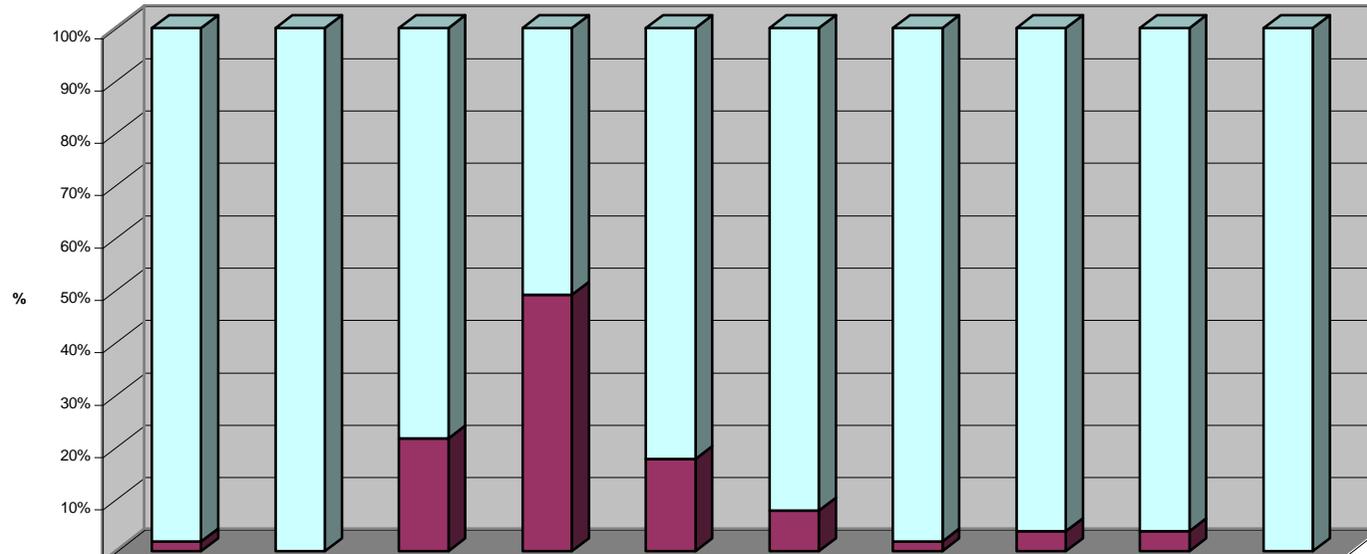
De igual forma para 49 niños que tienen Bis a Bis el 24.49% es Onicofagia, luego con el 12.24% es para Deglución Atípica, Respiración Bucal y el Hábito de Morder Objetos.

Para los 50 niños que tienen un Over Bite Normal el que obtuvo el mayor porcentaje fue la Onicofagia con un 20.0% seguido del mal hábito bucal de Morder Objetos con 16.0%

Y finalmente de los 20 niños que tienen una mordida profunda, el 15.0% es para la Onicofagia y Respiración Bucal y luego con el 10.0% es para el Hábito de Morder Objetos.

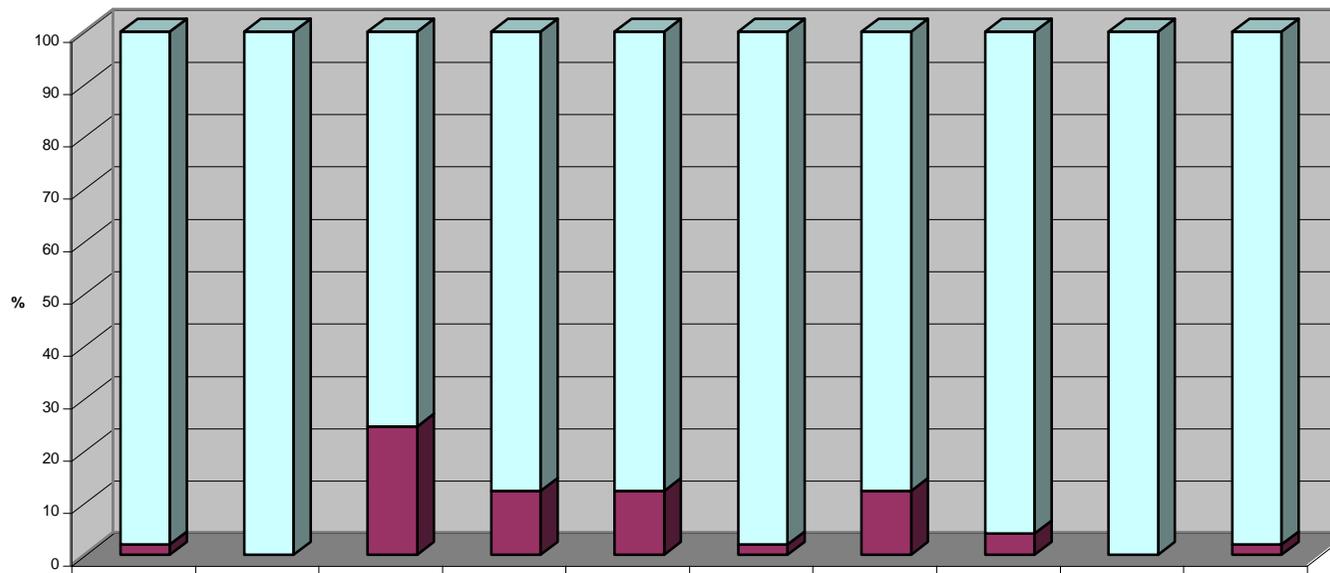
Sometidos estos datos a la prueba de independencia de criterios Chi – Cuadrado, observamos que si hay relación significativa entre el mal hábito

Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Bite . Cercado Tacna 2004. Mordida Abierta

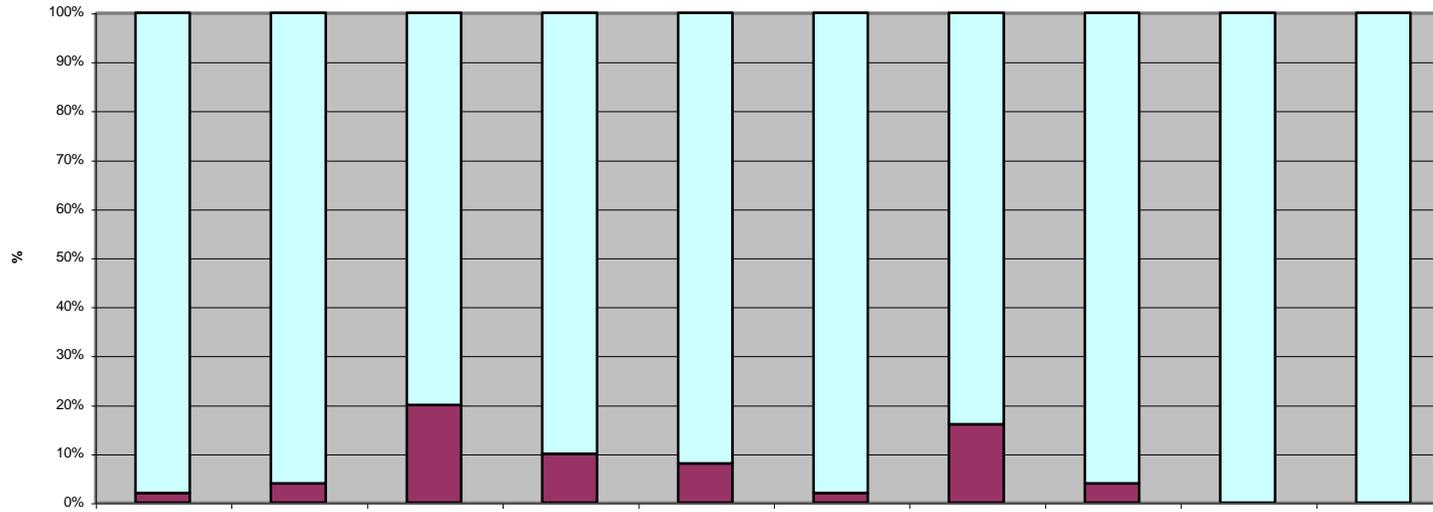


“Estudio Comparativo de Malos Hábitos Bucales asociados o a la Presencia de Maloclusiones Dentomaxilares. Niños de 06 a 09 Años de Candarave y Cercado Tacna-2004”

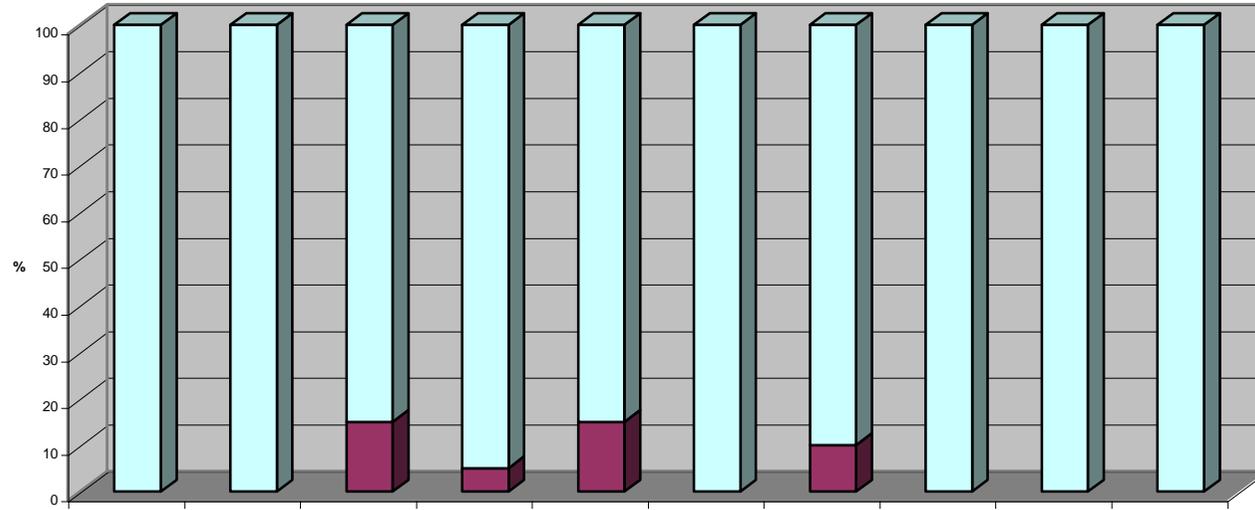
Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Bite . Cercado Tacna 2004. Bis a Bis



Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Bite .
Cercado Tacna 2004. Normal



Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Bite .
Cercado Tacna 2004. Mordida Profunda



CUADRO N° 3.B

Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Bite .Distrito de Candarave 2004.

Presencia de Malos Hábitos Bucales	<i>Mordida Abierta</i>						<i>Bis a Bis</i>						<i>Normal</i>						<i>Mordida Profunda</i>					
	Si		No		Total		Si		No		Total		Si		No		Total		Si		No		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Succión Digital	1	1.41	70	98.59	71	100.00	0	0.00	31	100.00	31	100.00	0	0.00	44	100.00	44	100.00	1	4.17	23	95.83	24	100.00
Succión del Chupón	0	0.00	71	100.00	71	100.00	0	0.00	31	100.00	31	100.00	0	0.00	44	100.00	44	100.00	0	0.00	24	100.00	24	100.00
Onicofagia	4	5.63	67	94.37	71	100.00	3	9.68	28	90.32	31	100.00	6	13.64	38	86.36	44	100.00	3	12.50	21	87.50	24	100.00
Deglución Atípica *	12	16.90	59	83.10	71	100.00	5	16.13	26	83.87	31	100.00	0	0.00	44	100.00	44	100.00	1	4.17	23	95.83	24	100.00
Respiración Bucal	1	1.41	70	98.59	71	100.00	0	0.00	31	100.00	31	100.00	1	2.27	43	97.73	44	100.00	1	4.17	23	95.83	24	100.00
Hábito de Postura	4	5.63	67	94.37	71	100.00	2	6.45	29	93.55	31	100.00	0	0.00	44	100.00	44	100.00	0	0.00	24	100.00	24	100.00
Hábito de Morder Objetos	6	8.45	65	91.55	71	100.00	1	3.23	30	96.77	31	100.00	2	4.55	42	95.45	44	100.00	4	16.67	20	83.33	24	100.00
Queilofagia	2	2.82	69	97.18	71	100.00	2	6.45	29	93.55	31	100.00	3	6.82	41	93.18	44	100.00	0	0.00	24	100.00	24	100.00
Glosofagia	0	0.00	71	100.00	71	100.00	1	3.23	30	96.77	31	100.00	0	0.00	44	100.00	44	100.00	0	0.00	24	100.00	24	100.00
Bruxismo	0	0.00	71	100.00	71	100.00	1	3.23	30	96.77	31	100.00	1	2.27	43	97.73	44	100.00	0	0.00	24	100.00	24	100.00

Fuente: Encuestas Aplicadas

* $X^2 = 10.250$ $p < 0.017$

Interpretación Cuadro N° 3.B

Como se observa en el cuadro N° 3.A de los 170 niños observados en el Distrito de Candarave en relación al Over Bite.

De los 71 niños que tienen Mordida Abierta el 16.90% lo presenta la Deglución Atípica, el 8.45% el hábito de Morder Objetos, y seguidamente del 5.63% para la Onicofagia y hábito de Morder Objetos.

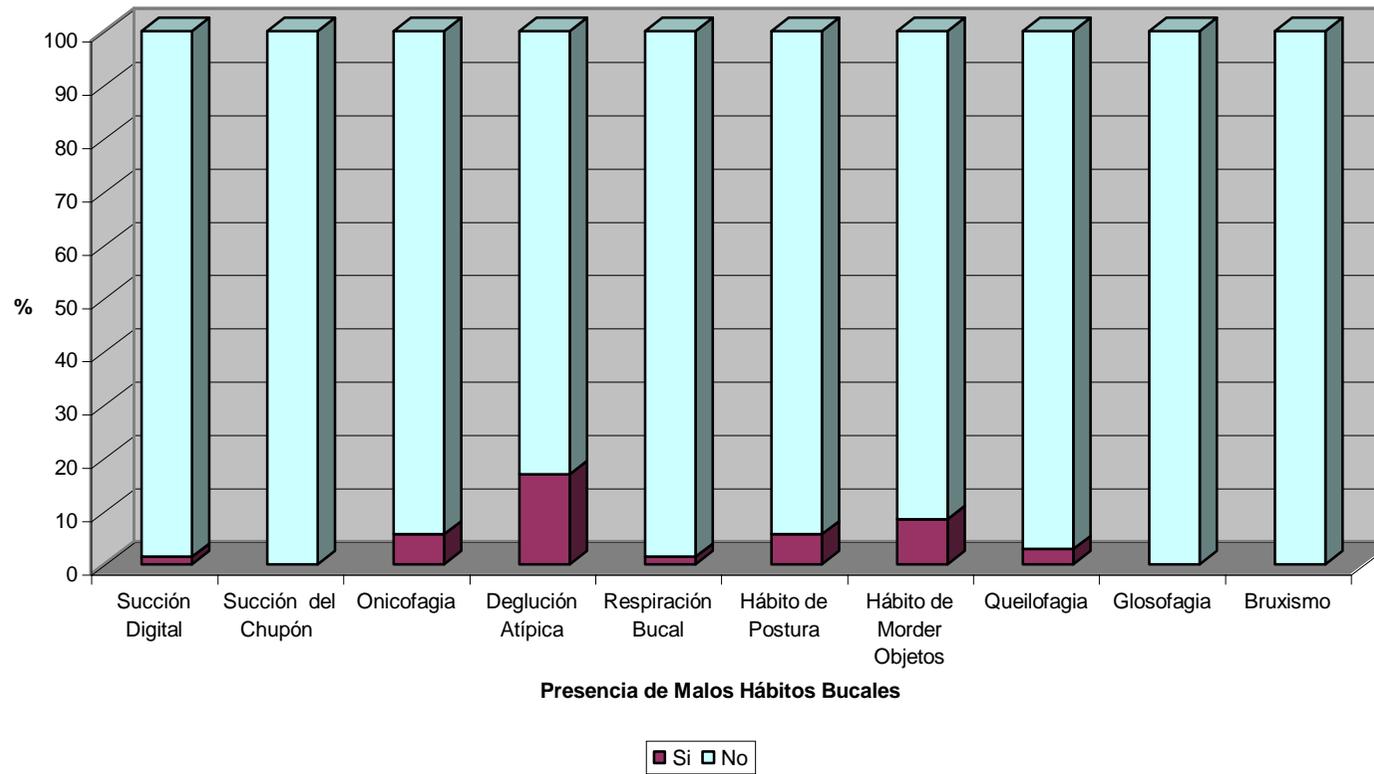
De igual forma para 31 niños que tienen Bis a Bis el 16.13% es la Deglución Atípica, luego con el 9.68%% es para la Onicofagia.

Para los 44 niños que tienen un Over Bite Normal el que obtuvo el mayor porcentaje fue la Onicofagia con un 20.0% seguido del mal hábito bucal Queilofagia con un 6.82%

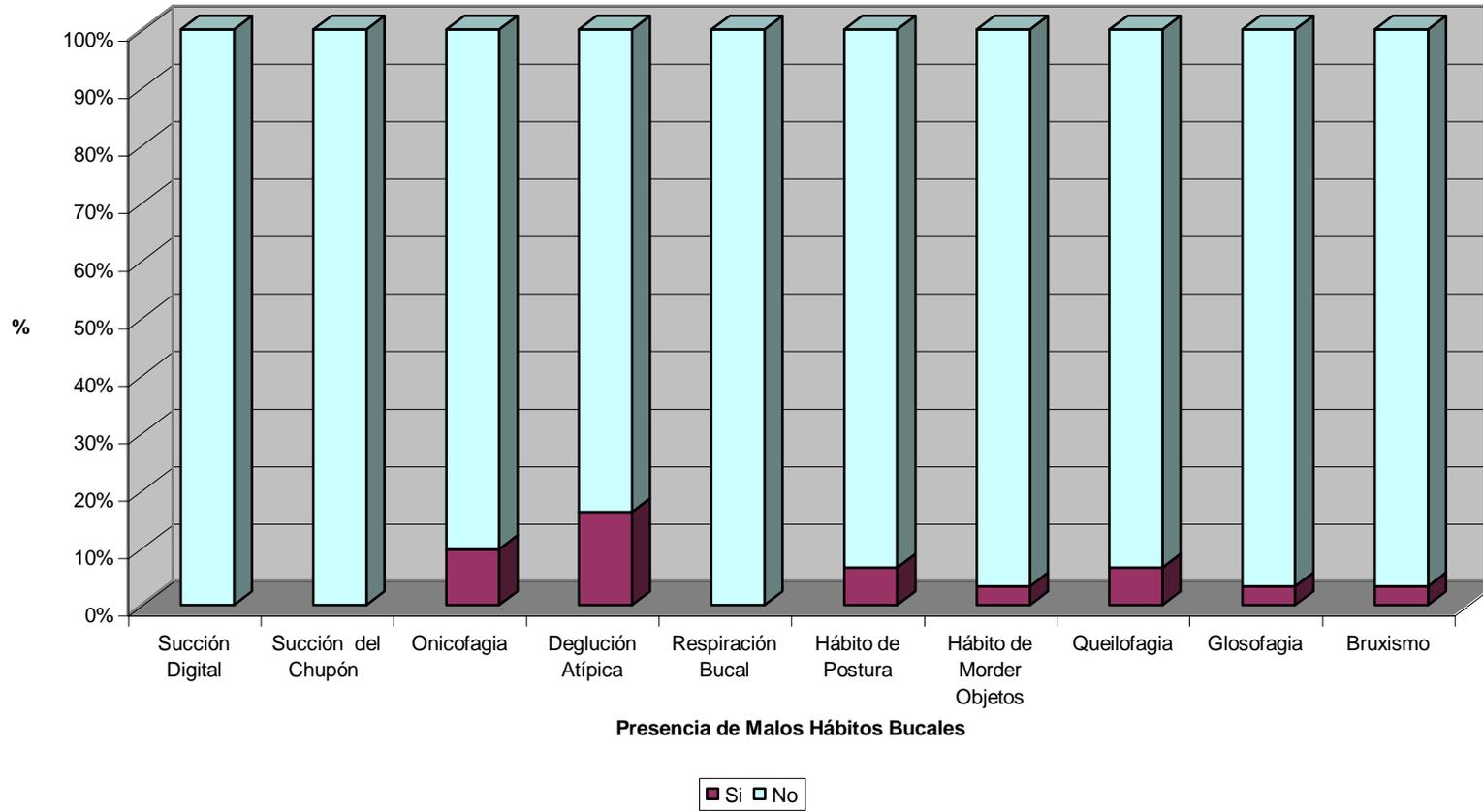
Y finalmente de los 24 niños que tienen una mordida profunda, el 16.67% es para el mal hábito bucal de Morder Objetos y luego con el 12.50% es para la Onicofagia.

Sometidos estos datos a la prueba de independencia de criterios Chi – Cuadrado, observamos que si hay relación significativa entre la Deglución Atípica ($X^2 = 10.250$ $p < 0.017$) y su asociación con los componentes del Over Bite.

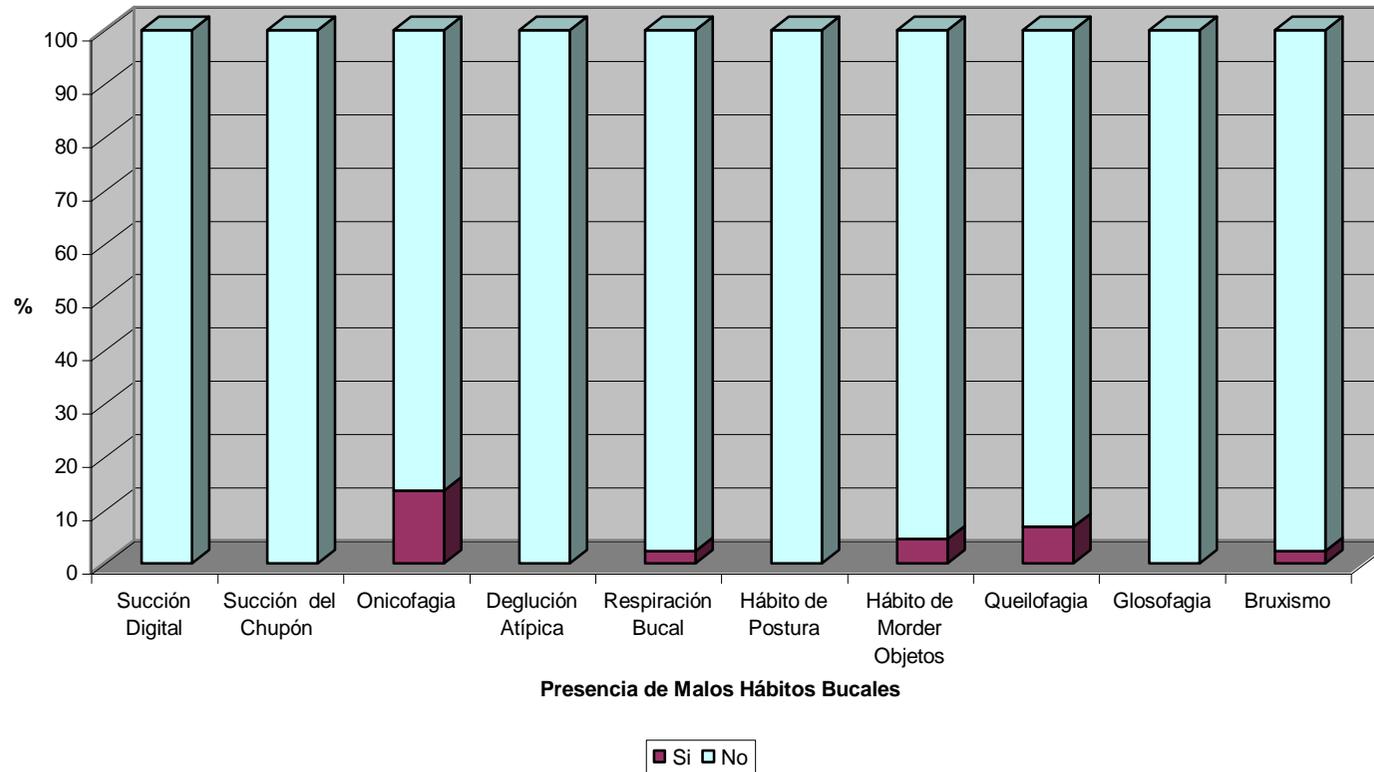
**Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Bite .Distrito de Candarave
2004 Mordida Abierta**



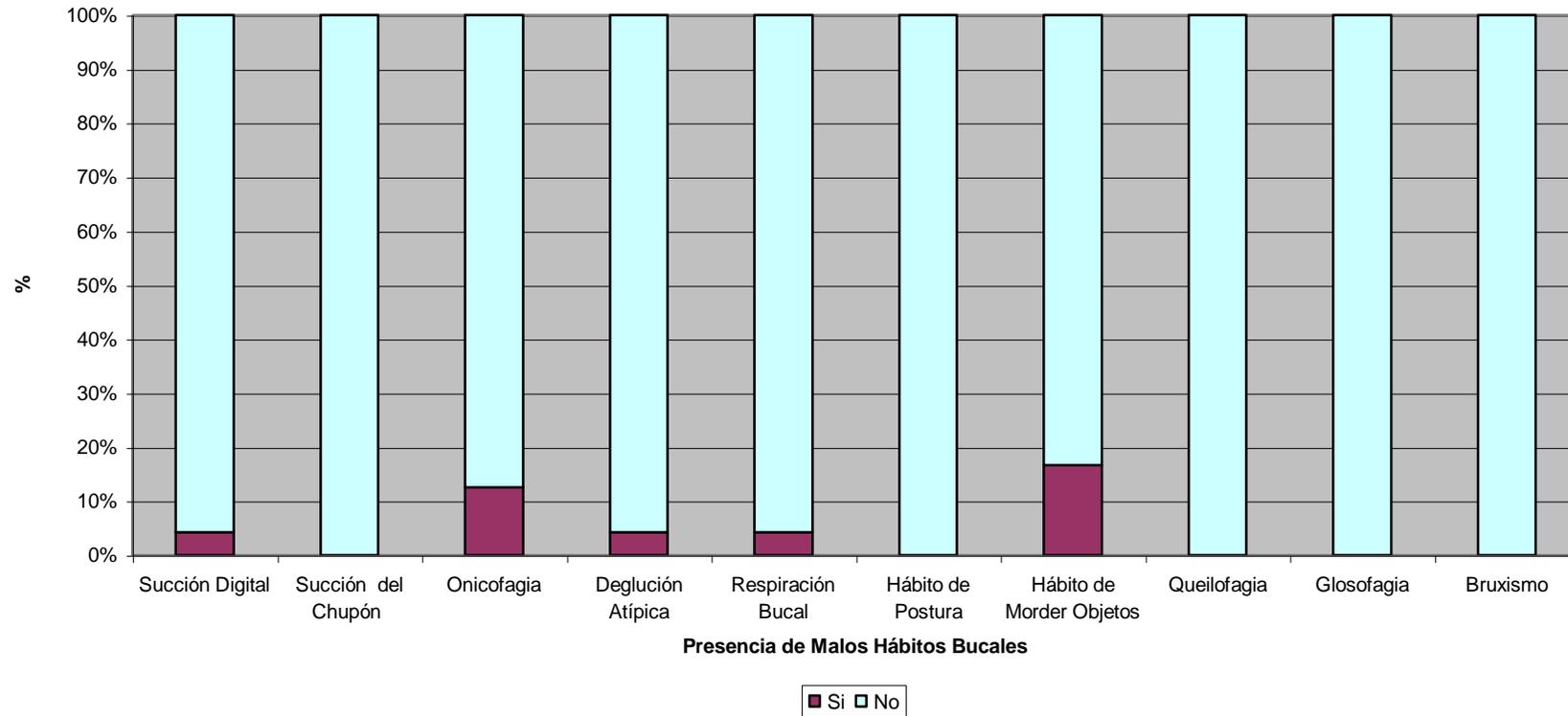
Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Bite .Distrito de Candarave 2004 Bis a Bis



Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Bite .Distrito de Candarave
2004 Normal



Distribución de 170 niños y niñas entre 06 y 09 años según Malos Hábitos Bucales y su Relación con el Over Bite .Distrito de Candarave 2004 Mordida Profunda



CUADRO N° 4.A

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según la presencia de Malos Hábitos Bucales. Cercado de Tacna 2004.

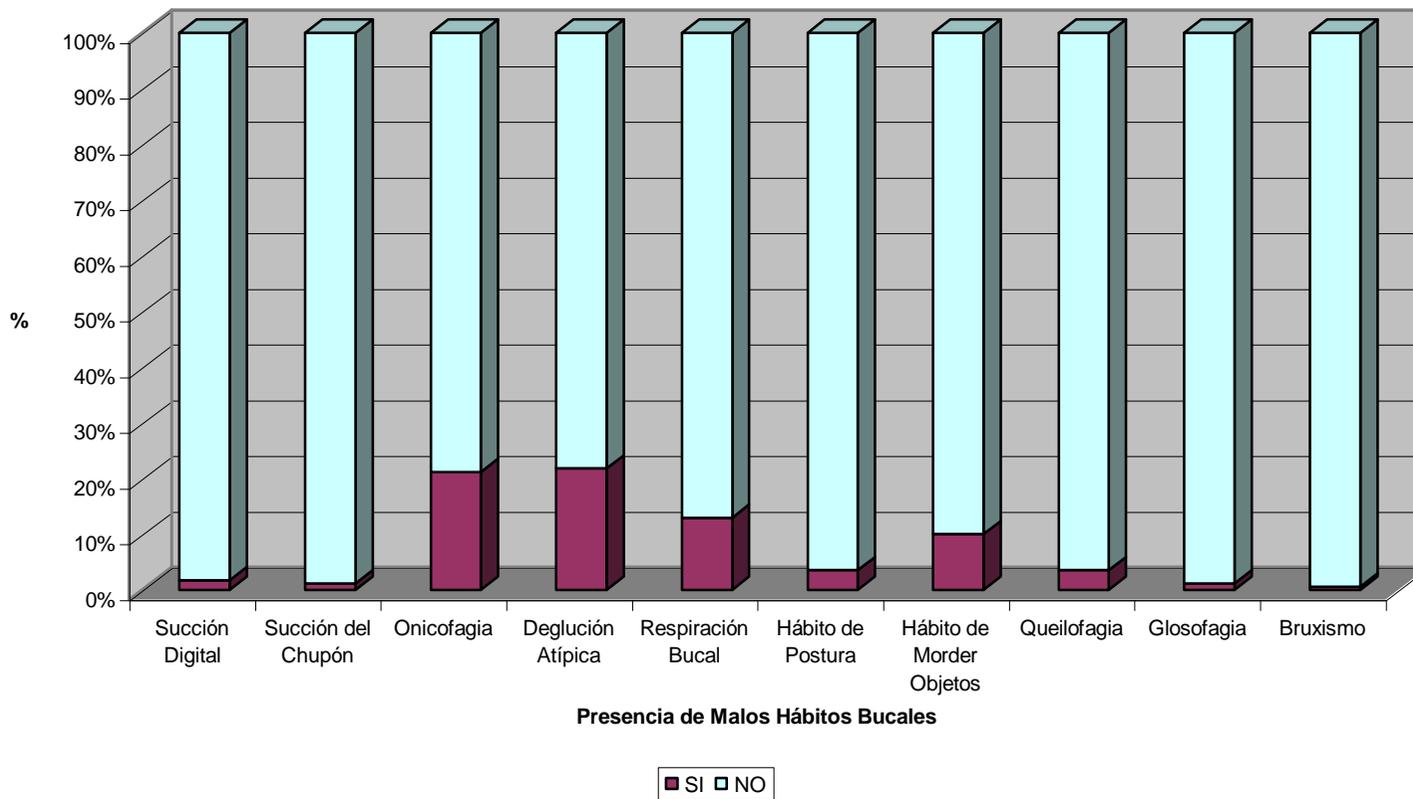
Presencia de Malos Hábitos Bucales	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Succión Digital	3	1.76	167	98.24	170	100
Succión del Chupón	2	1.18	168	98.82	170	100
Onicofagia	36	21.18	134	78.82	170	100
Deglución Atípica	37	21.76	133	78.24	170	100
Respiración Bucal	22	12.94	148	87.06	170	100
Hábito de Postura	6	3.53	164	96.47	170	100
Hábito de Morder Objetos	17	10.0	153	90.00	170	100
Queilofagia	6	3.53	164	96.47	170	100
Glosofagia	2	1.18	168	98.82	170	100
Bruxismo	1	0.59	169	99.41	170	100

Fuente: Encuestas aplicadas

Interpretación Cuadro N° 4.A

En el presente cuadro se aprecia que del total de niños y niñas de la muestra del estudio tomados del Cercado de Tacna, Observamos que el mayor porcentaje de los Malos Hábitos Bucales, esta dado por la Deglución Atípica con un 21.76%, para la Onicofagia con un 21.18% y posteriormente para la Respiración Bucal con un 12.94%

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según la presencia de Malos Hábitos Bucales. Cercado de Tacna 2004.



CUADRO N° 4.B

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según la presencia de Malos Hábitos Bucales. Distrito de Candarave 2004.

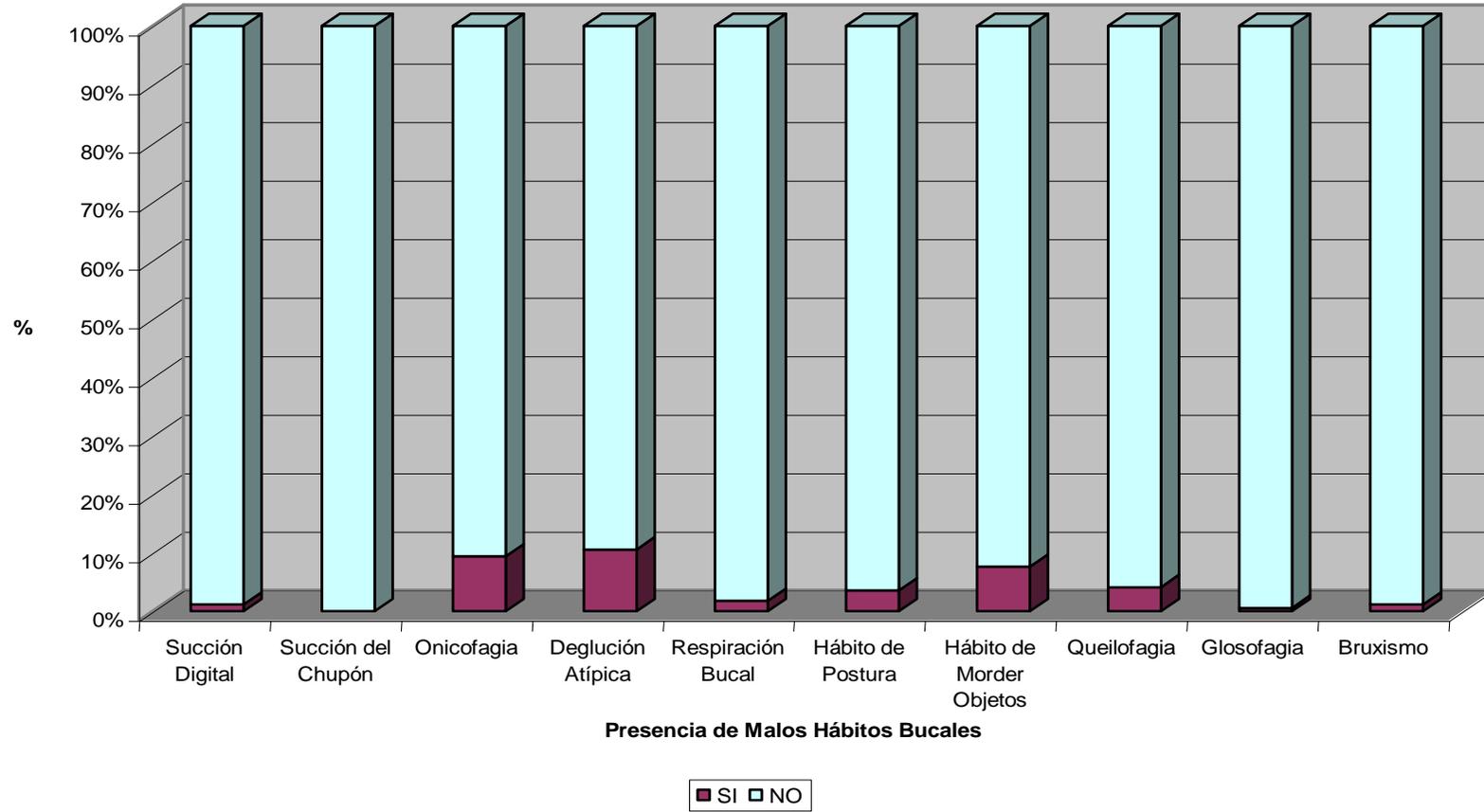
Presencia de Malos Hábitos Bucales	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Succión Digital	2	1.18	168	98.82	170	100
Succión del Chupón	0	0.00	170	100.00	170	100
Onicofagia	16	9.41	154	90.59	170	100
Deglución Atípica	18	10.59	152	89.41	170	100
Respiración Bucal	3	1.76	167	98.24	170	100
Hábito de Postura	6	3.53	164	96.47	170	100
Hábito de Morder Objetos	13	7.65	157	92.35	170	100
Queilofagia	7	4.12	163	95.88	170	100
Glosofagia	1	0.59	169	99.41	170	100
Bruxismo	2	1.18	168	98.82	170	100

Fuente: Encuestas aplicadas

Interpretación Cuadro N° 4.B

Como se observa en el presente cuadro que del total de niños y niñas de la muestra del estudio tomados del Distrito de Candarave, Examinamos que el mayor porcentaje de los Malos Hábitos Bucales, esta dado por la Deglución Atípica con un 10.59%%, seguido de la Onicofagia con un 9.41% , el Hábito de Morder Objetos con el 7.65% siendo en un menor porcentaje para la Glosofagia con 0.59%

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según la presencia de Malos Hábitos Bucales. Distrito de Candarave 2004.



CUADRO N° 5.A

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según la presencia de Maloclusiones Dento Maxilares. Cercado de Tacna 2004.

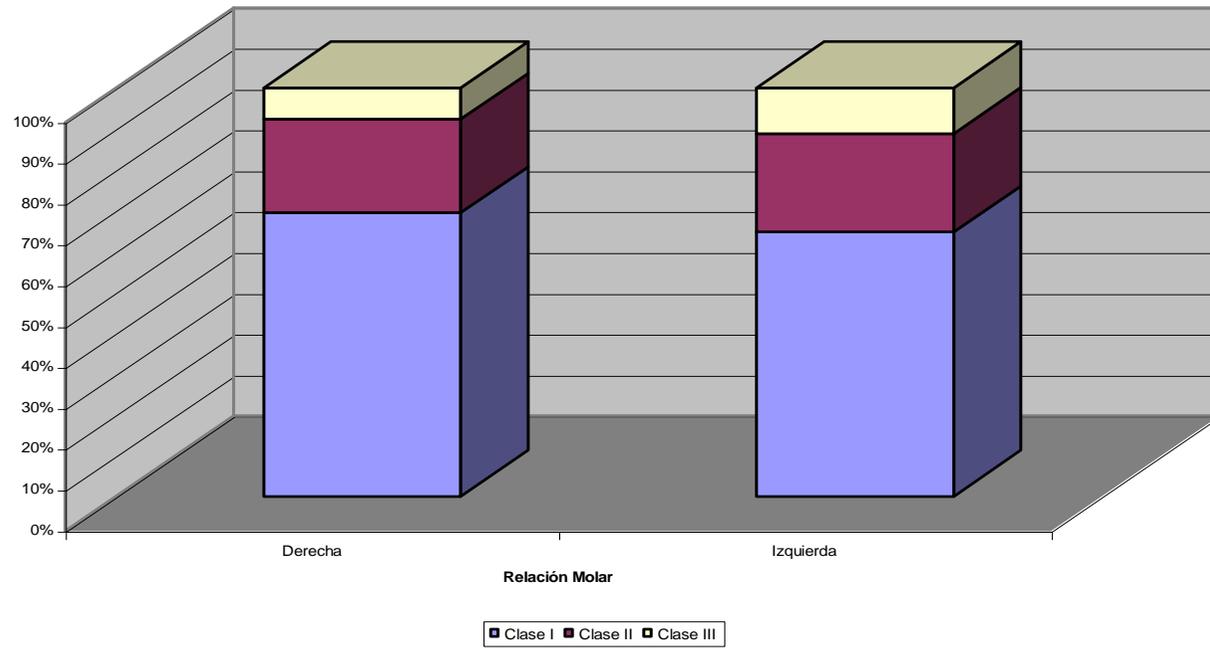
Presencia de Maloclusiones Dentomaxilares	Relación Molar			
	Derecha		Izquierda	
	N°	%	N°	%
Clase I	118	69.41	110	64.71
Clase II	39	22.94	41	24.12
Clase III	13	7.65	19	11.18
Total	170	100.00	170	100.00

Fuente: Encuestas aplicadas

Interpretación Cuadro N° 5.A

En el Cuadro 5.A se aprecia la frecuencia de Maloclusiones Dentomaxilares de los niños encuestados en el Cercado de Tacna. Siendo el mayor porcentaje para la clase I lado Derecho con el 69.41%. y del Izquierdo con el 64.71%, seguidamente de la Clase II lado Derecho con el 22.94% y del Izquierdo con un 24.12%.

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según la presencia de Maloclusiones Dento Maxilares. Cercado de Tacna 2004.



CUADRO N° 5.B

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares. Distrito de Candarave 2004.

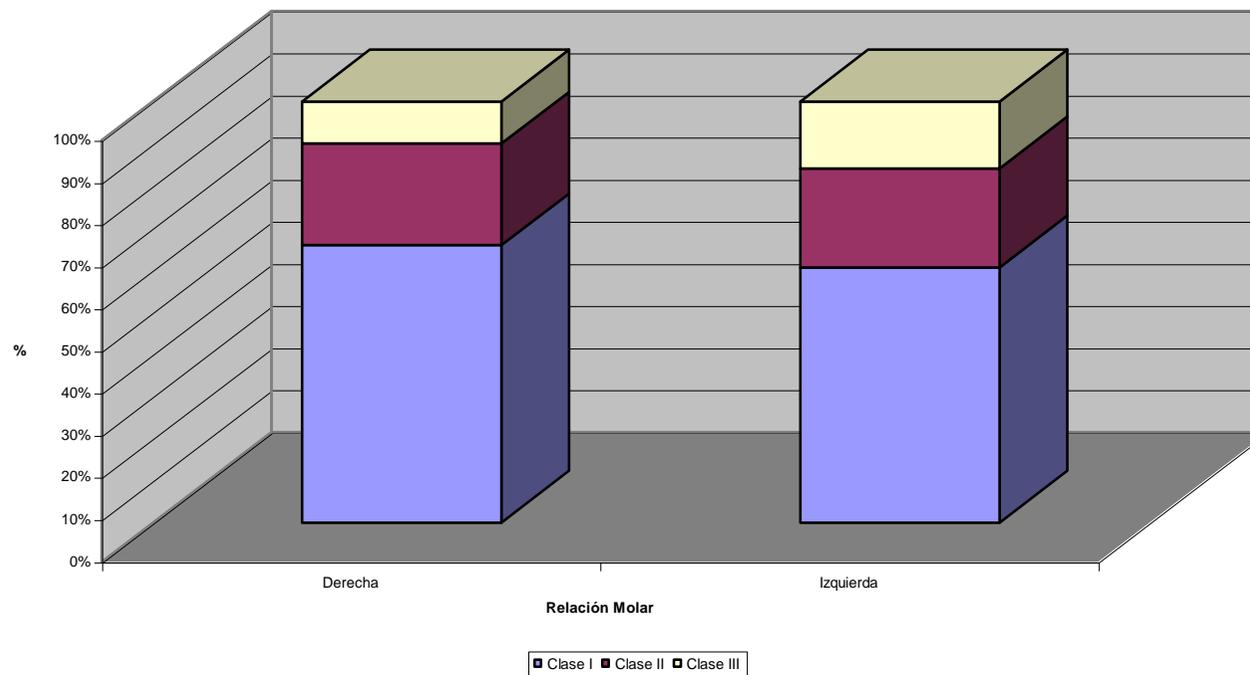
Presencia de Maloclusiones Dentomaxilares	Relación Molar			
	Derecha		Izquierda	
	N°	%	N°	%
Clase I	112	65.88	103	60.59
Clase II	41	24.12	40	23.53
Clase III	17	10.00	27	15.88
Total	170	100.00	170	100.00

Fuente: Encuestas aplicadas

Interpretación Cuadro N° 5.B

En este cuadro observamos la presencia de las Maloclusiones Dentomaxilares, del total de los niños y niñas observados en el Distrito de Candarave, Viendo que el mayor porcentaje es para la Clase I del lado derecho con el 65.88%, lado Izquierdo 60.59, luego sigue la Clase II con el 24.12% (Lado Derecho) y el 23.53% (Lado Izquierdo), respectivamente.

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según la presencia de Maloclusiones Dentomaxilares. Distrito de Candarave 2004.



CUADRO N° 6.A

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según su relación con el Over Jet. Cercado de Tacna 2004.

Over Jet	N°	%
Retrusión	49	28.8
Bis a Bis	18	10.6
Normal	86	50.6
Protrusión	17	10.0
Total	170	100.0

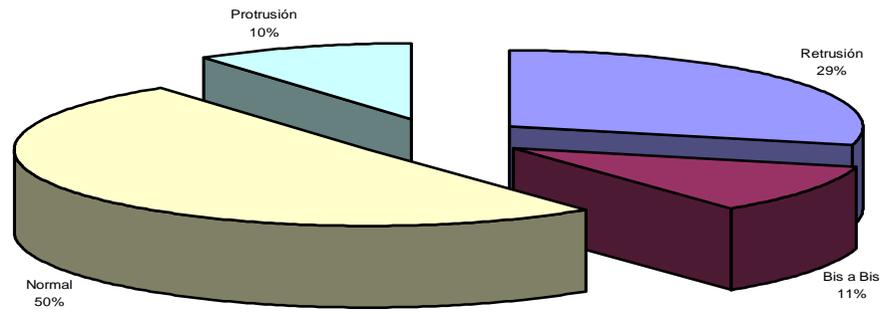
Fuente: Encuestas aplicadas

Interpretación Cuadro N° 6.A

Se aprecia en el cuadro siguiente la presencia de las maloclusiones según su relación con el Over Jet, siendo el total de niños que fueron tomados para el estudio de investigación del Cercado de Tacna .

Correspondiendo 50.6% para el Over Jet Normal, seguido de la presencia de Retrusión con el 28.8% y posteriormente Bis a Bis con el 10.6%

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según su relación con el Over Jet. Cercado de Tacna 2004.



CUADRO N° 6.B

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según su relación con el Over Jet. Distrito de Candarave 2004.

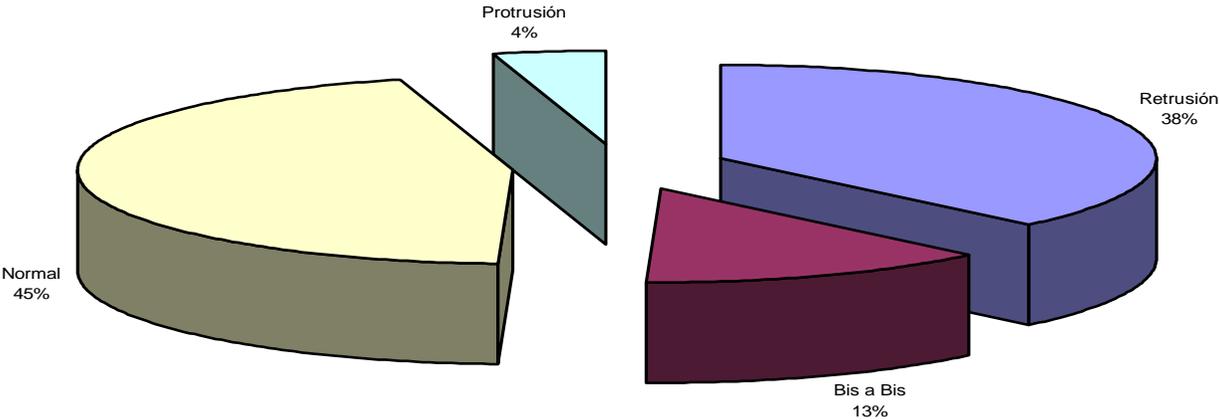
Over Jet	N°	%
Retrusión	64	37.6
Bis a Bis	22	12.9
Normal	77	45.3
Protrusión	7	4.1
Total	170	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas

Interpretación Cuadro N° 6.B

En el Cuadro N° 6.B se observa el total de niños encuestados evidenciando la presencia de Maloclusiones según su relación con el Over Jet del Distrito de Candarave. Representado por el mayor porcentaje el Over Jet Normal con un 45.3%, respectivamente, y para la retrusión con el 37.6%, seguida del 12.9% siendo el Bis a Bis.

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según su relación con el Over Jet. Distrito de Candarave 2004.



CUADRO N° 7.A

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según su relación con el Over Bite. Cercado de Tacna 2004.

Over Bite	N°	%
Mordida Abierta	51	30.0
Bis a Bis	49	28.8
Normal	50	29.4
Mordida profunda	20	11.8
Total	170	100.0

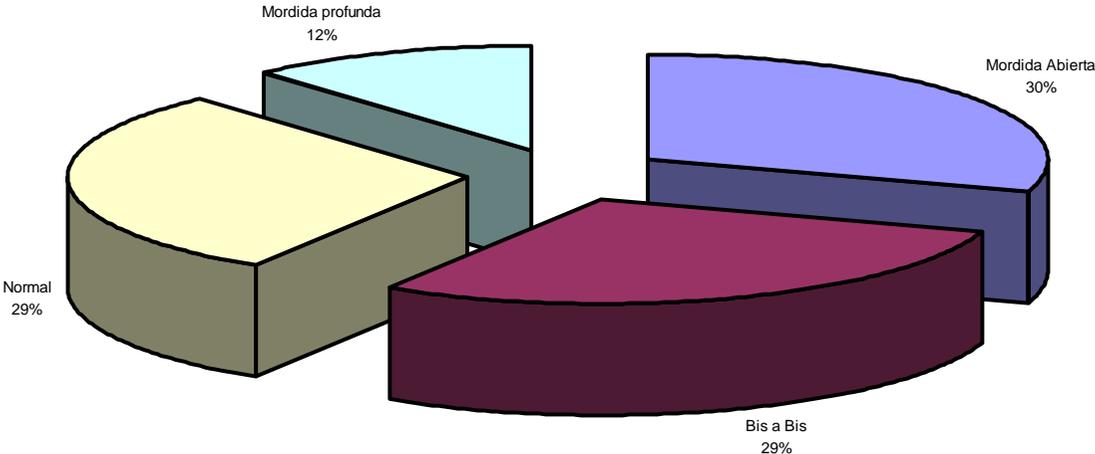
Fuente: Encuestas aplicadas

Interpretación Cuadro N° 7.A

Observamos en el presente cuadro la presencia de maloclusiones Dentomaxilares según su relación con el Over Bite, del total de niños encuestados para dicho estudio de investigación del Cercado Tacna.

El que represento mayor porcentaje fue el de Mordida Abierta con un 30.0%, seguidamente del Over Bite Normal con 29.4% y posteriormente es el Bis a Bis con el 28.8% respectivamente

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según su relación con el Over Bite. Cercado de Tacna 2004.



CUADRO N° 7.B

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según su relación con el Over Bite. Distrito de Candarave 2004.

Over Bite	N°	%
Mordida Abierta	71	41.8
Bis a Bis	31	18.2
Normal	44	25.9
Mordida profunda	24	14.1
Total	170	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas

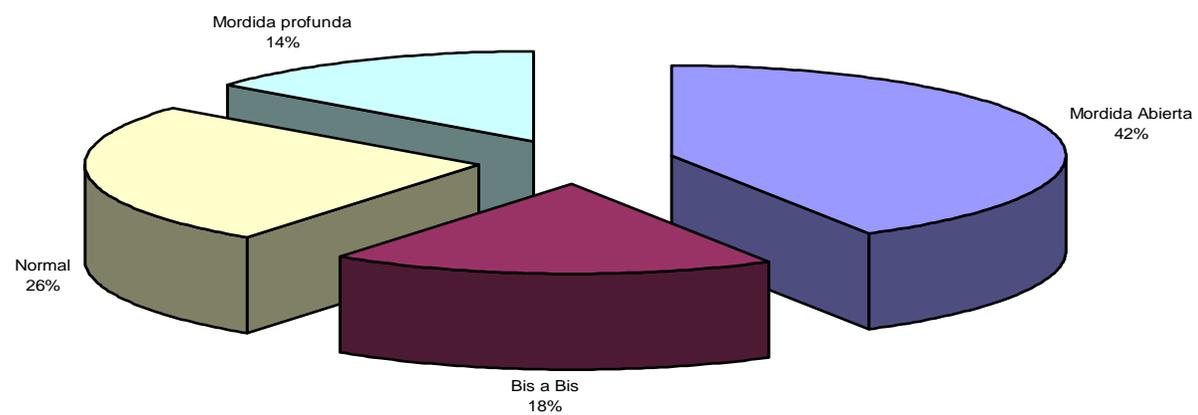
Interpretación Cuadro N° 7.B

Como se observa en el cuadro N° 7.B, con relación al Over Bite, siendo al 100% de niños encuestados en el Distrito de Candarave.

Por lo cual el 41.8% representa una Mordida Abierta y con un 25.9% respectivamente el Over Bite Normal, seguidamente de un 18.2% del Bis a Bis.

Es necesario recalcar que en el presente cuadro se encuentran niños y niñas con o sin la presencia de Malos Hábitos Bucales.

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según su relación con el Over Bite. Distrito de Candarave 2004.



CUADRO N° 8.A

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según los Malos Hábitos Bucales y su relación con el Sexo. Cercado de Tacna 2004.

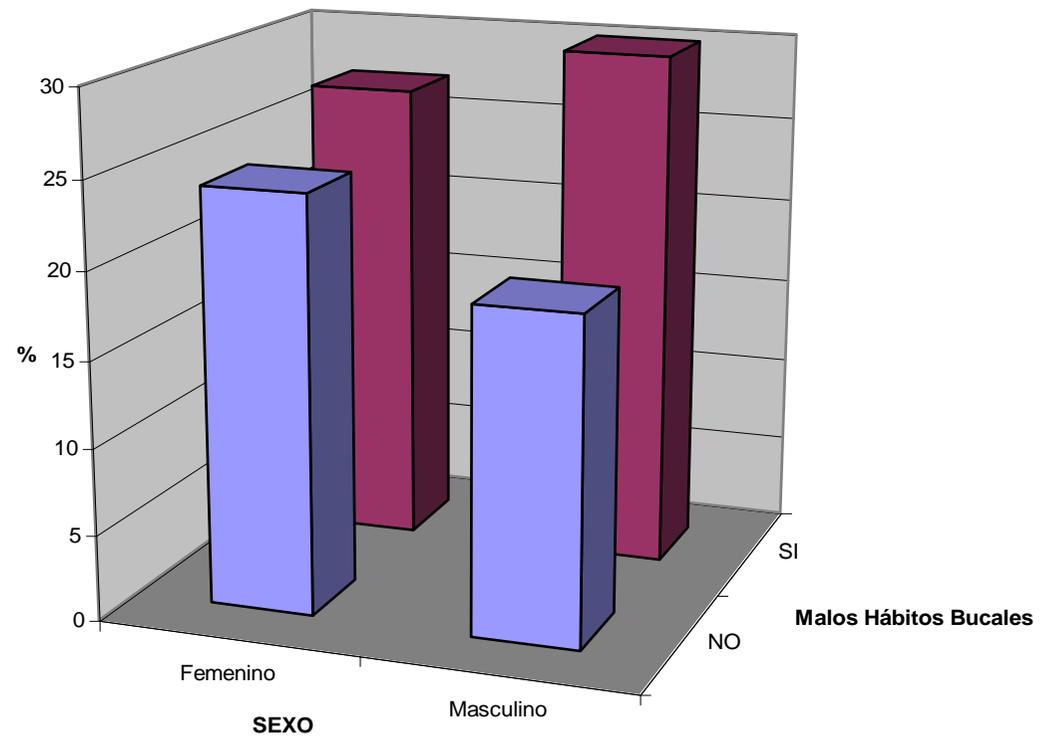
Malos Hábitos Bucales		SEXO		Total
		Femenino	Masculino	
NO	N°	41	32	73
	%	24.1%	18.8%	42.9%
SI	N°	46	51	97
	%	27.1%	30.0%	57.1%
Total	N°	87	83	170
	%	51.2%	48.8%	100.0%

Fuente: Encuestas aplicadas

Interpretación Cuadro N° 8.A

Se aprecia en el siguiente cuadro la presencia de Malos Hábitos Bucales y su relación con el Sexo del total de niños sometidos a la investigación. El 30% corresponde al sexo masculino y el 27.1% al sexo Femenino. Y del grupo que no presenta Malos hábitos Bucales el 24.1% es representado por el sexo femenino. Siendo estos datos sometidos al análisis estadístico con la prueba de Independencia de criterios (Chi – cuadrado) nos demostró que no hay relación entre los Malos Hábitos Bucales y el sexo correspondiendo al total de niños y niñas del cercado de Tacna.

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según los Malos Hábitos Bucales y su relación con el Sexo. Cercado de Tacna 2004.



CUADRO N° 8.B

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según los Malos Hábitos Bucales y su relación con el Sexo. Distrito de Candarave 2004.

Malos Hábitos Bucales		SEXO		Total
		Femenino	Masculino	
NO	N°	55	62	117
	%	32.4%	36.5%	68.8%
SI	N°	31	22	53
	%	18.2%	12.9%	31.2%
Total	N°	86	84	170
	%	50.6%	49.4%	100.0%

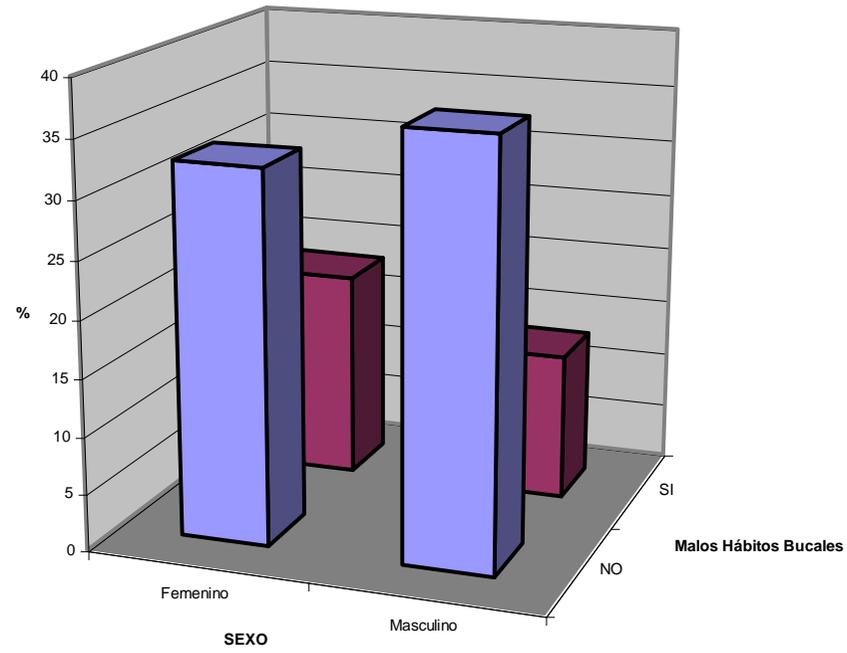
Fuente: Encuestas aplicadas

Interpretación Cuadro N° 8.B

Como se observa en el presente cuadro, el total de niños y niñas del Distrito de Candarave según su relación con el Sexo la presencia de Malos Hábitos Bucales. Destacándose en una mayor frecuencia el grupo del sexo femenino con el 18.2%, seguida del sexo masculino con el 12.9%, y dentro del grupo de niños que no presenta Malos Hábitos Bucales fue del sexo masculino con el 36.5% respectivamente.

Tomados estos datos, se les sometió al análisis estadístico con la prueba del (Chi – Cuadrado), dando como resultado la no relación entre la presencia de Malos Hábitos Bucales con el Sexo de los niños y niñas del Distrito de Candarave.

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según los Malos Hábitos Bucales y su relación con el Sexo. Distrito de Candarave 2004.



CUADRO N° 9.A

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según los Malos Hábitos Bucales y su relación con la edad. Cercado de Tacna 2004.

Malos Hábitos Bucales		EDAD		Total
		De 6 a 7 años	De 8 a 9 años	
NO	N°	28	45	73
	%	16.5%	26.5%	42.9%
SI	N°	51	46	97
	%	30.0%	27.1	57.1%
Total	N°	79	91	170
	%	46.5%	53.5%	100.0%

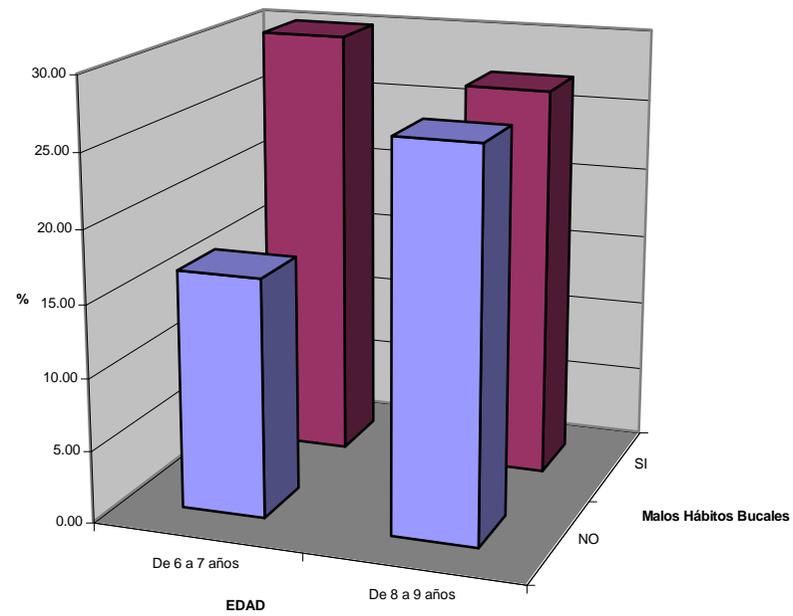
Fuente: Encuestas aplicadas

Interpretación Cuadro N° 9.A

En el cuadro N° 9.A Observamos que del total de niños y niñas del Cercado de Tacna que presentan Malos Hábitos Bucales con un 57.1% el mayor porcentaje esta ubicado en el grupo de niños de 6 a 7 años con 30.0%, y en el grupo de niños de 8 a 9 años con el 27.1%. La mayoría de niños que no presentan Malos Hábitos Bucales esta en la edad de 8 a 9 años con un 26.5%.

Estos Datos al ser sometidos al análisis estadístico con la prueba de independencia de criterios (Chi – Cuadrado) demostraron que no hay relación significativa entre los Malos Hábitos Bucales y la edad de los niños del Cercado de Tacna.

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según los Malos Hábitos Bucales y su relación con la Edad.
Cercado de Tacna 2004.



CUADRO N° 9.B

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según los Malos Hábitos Bucales y su relación con la edad. Distrito de Candarave 2004.

Malos Hábitos Bucales		EDAD		Total
		De 6 a 7 años	De 8 a 9 años	
NO	N°	56	61	117
	%	32.9%	35.9%	68.8%
SI	N°	23	30	53
	%	13.5%	17.6%	31.2%
Total	N°	79	91	170
	%	46.5%	53.5%	100.0%

Fuente: Encuestas aplicadas

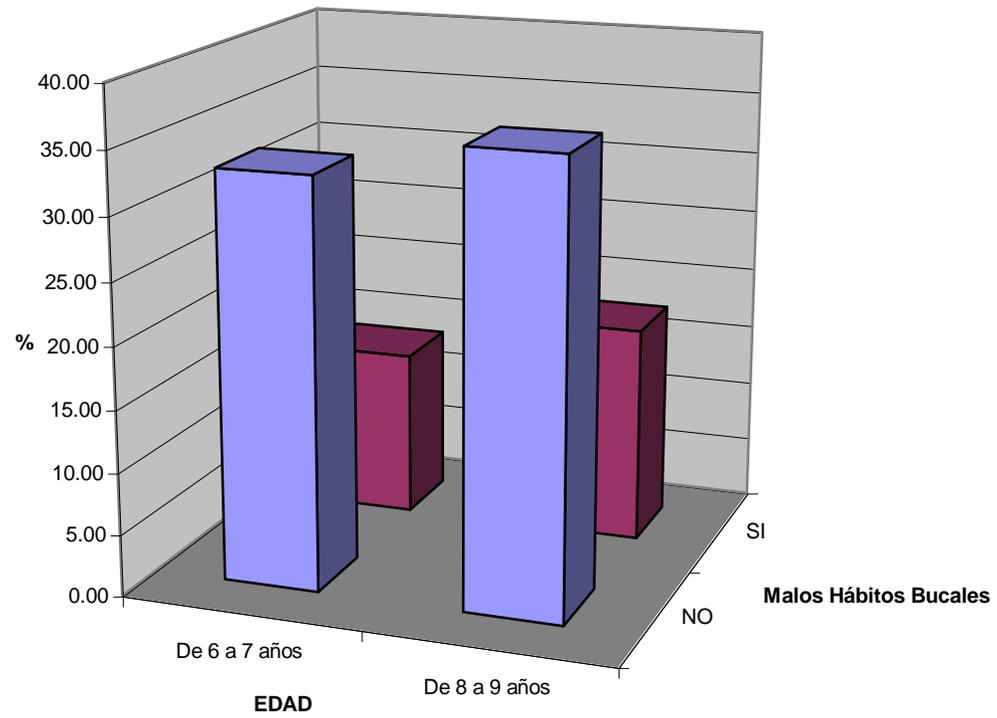
Interpretación Cuadro N° 9.B

Como se aprecia en el cuadro 9.B de los niños evaluados fueron 170 de los cuales el 31.2% presencian algún Mal Hábito Bucal siendo la mayor frecuencia para el grupo de 8 a 9 años con el 17.6% y en el grupo de 6 a 7 años con el 13.5%.

Siendo un porcentaje alto de 35.9% para el grupo de 8 a 9 años que no presenciaron ningún Mal Hábito Bucal.

Sometidos al análisis estadístico con la prueba del Chi – Cuadrado, se demostró que no hay relación significativa entre los Malos Hábitos Bucales y la Edad de los niños del Distrito de Candarave.

Distribución de 170 niños Y niñas entre 06 y 09 años según los Malos Hábitos Bucales y su relación con la Edad. Distrito de Candarave 2004.



CAPITULO V DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se encontró la presencia de Malos Hábitos Bucales y Maloclusiones dentomaxilares en niños y niñas de ambos grupos de estudio (Zona Urbana – Cercado Tacna y Rural - Distrito de Candarave).

En el cuadro N° 1.A del Cercado de Tacna encontramos asociación significativa entre los Malos Hábitos Bucales y la presencia de Maloclusiones .Del Total de malos Hábitos Bucales que presentan los niños y niñas no se debe dejar de mencionar a la Deglución Atípica ya que ocupa un alto porcentaje de niños con este mal hábito bucal.

Considerando la edad de los niños en estudio de 6 a 8 años respectivamente cabe mencionar que una de las características anatomofisiológicas de esta etapa es justamente el cambio de dentición temporaria a la permanente lo que conllevaría a que los Malos Hábitos se acentúen.

En el caso de los niños del Distrito de Candarave (Cuadro 1.B) encontramos resultados semejantes, mas no evidenciamos ningún tipo de asociación estadística entre los Malos Hábitos Bucales y la presencia de Maloclusiones, resaltando que el mayor porcentaje de los niños del estudio presentan con mayor frecuencia la Deglución Atípica, que de alguna manera presentan también casos de maloclusiones.

Bayardo Casillas (2000) en un estudio realizado en Argentina concluye que la Onicofagia y el Bruxismo se presentaron en un 23%, Succión Digital y Respiración Bucal con un 11%, Queilofagia 7% y un 2% de los pacientes presentaron algún otro tipo de mal hábito bucal.

Fernández Torres (1993-1994) en su estudio titulado “ Hábitos deformantes en escolares de primaria”, concluyó que los niños que presentaban hábitos

como Succión Digital, Respiración Bucal y Deglución Atípica presentaron mayor porcentaje de Maloclusiones. Los resultados de estas investigaciones ya mencionadas se asemejan a este estudio de investigación.

En el cuadro 2.A donde relacionamos los Malos Hábitos Bucales con el Over jet, encontramos asociación significativa de la Deglución Atípica y Bruxismo con los componente del Over Jet, aseverando que cualquiera de estos Malos Hábitos Bucales en los niños condiciona algún tipo de alteración Dentomaxilar (Over Jet).

Candarave (Cuadro 2.B) también existe relación significativa entre la presencia de los Malos Hábitos Bucales: deglución Atípica y Hábito de Morder Objetos y algún componente del Over jet.

Uno de los factores condicionantes que genera este tipo de problemas bucales en el niño es la edad, perdidas dentarias prematuras, condición de vida (Zona rural y urbana diferentes), nivel socioeconómico, alimentación (observando que en la zona rural es mas nutritiva que la zona urbana), etc.

Zegarra Adanaque (2002) en un estudio similar encontró cambios en el Over Jet y Over Bite, en relación vertical; molar, inclinaciones anteriores, no siendo así en la relación canina.

Por lo tanto con este resultado se confirma los hallazgos ya obtenidos en trabajos similares. No habiendo mucha variación entre lo obtenido del Cercado de Tacna y el Distrito de Candarave, pese a las diferentes formas de vida de estos dos grupos de estudio.

Con respecto al Over Bite de los niños y niñas evaluados del Cercado de Tacna se encontró que hay asociación significativa entre la presencia de Malos Hábitos Bucales y los componentes del Over Bite. Analizando las variables, el que destacó con una mayor frecuencia fue la Deglución Atípica seguidamente la Onicofagia con Bis a Bis y Respiración Bucal con Mordida abierta.

Los daños que pueden provocar estos Malos Hábitos Bucales dependen de variados factores, uno de ellos es la edad en que comienza el mal hábito bucal, la frecuencia, la intensidad, así como también factores nutricionales, genéticos, etc. Los profesionales que tienen contacto con los niños a edades muy tempranas, deben diagnosticar la existencia de los Malos Hábitos Bucales, ya que la instauración de un tratamiento temprano y oportuno disminuye los daños causados por estos. Lo más importante en la eliminación de estos hábitos es la motivación de los niños, padres y los pediatras, principalmente tienen en esta labor un papel importante.

Para los niños del Distrito de Candarave (cuadro 3.B) se encontró resultados similares a los de Tacna con a la asociación de los Malos Hábitos Bucales: Deglución Atípica con algún componente del Over Bite, observando que el Cercado de Tacna presenta un alto porcentaje de Malos Hábitos Bucales (Deglución Atípica), probablemente de deba a que los niños y niñas de la zona urbana tengan una vida estresada por tener más horas de estudio, etc.

Agurto Pamela (1999) en su estudio encontró en La Respiración Bucal con un 23%, Deglución Atípica con 15%. De los niños que presentaron malos hábitos, el 57% presentó a los menos una anomalía dentomaxilar. Las anomalías mas frecuentes fueron: Mordida cruzada con 28% y mordida abierta en un 16%. Se corroboró una asociación altamente significativa entre la presencia de los Malos Hábitos Bucales y el desarrollo de Maloclusiones.

En relación a la frecuencia de los Malos Hábitos Bucales que presentaron los niños del Cercado de Tacna se observó que la Deglución Atípica tubo el mayor porcentaje seguidamente de la Onicofagia y Respiración Bucal (Cuadro 4.A).

Se sabe que los Malos Hábitos Bucales no son los únicos que producen Maloclusiones, también hay otros factores como la genética la nutrición la perdida prematura de piezas dentarias, estos inciden en su desarrollo. Sin embargo Los Malos Hábitos Bucales son sencillos de detectarlos y probablemente los mas fáciles de eliminar, disminuyendo el daño que pueda causar y en algún grado la complejidad de la patología. En Cuanto a los niños evaluados del Distrito de Candarave (Cuadro 4.B) se determinó que el mal hábito bucal que destacó en un mayor porcentaje fue la Deglución Atípica, seguida de la Onicofagia y Hábito de Morder Objetos resultados que se asemejan a los de grupo del Cercado de Tacna. En ocasiones estos Malos Hábitos Bucales se corrigen a medida que el individuo avanza en su madurez morfológica y funcional o por el contrario, un niño de 6 a 8 años de edad con protrusión alveolar superior con deglución normal puede llegar a desarrollar una deglución Atípica. De Ahí la dificultad de basar cualquier predicción en relación con el desarrollo o conservación del mal hábito bucal (Deglución Atípica).

Alpaca Cevallos, Magali (2004) encontró en su estudio denominado “ Estudio de prevalencia de Hábitos Bucales perniciosos en niños y niñas de 6 a 10 años del Colegio Virgen del Rosario Arequipa” .

Donde se corrobora que los datos son similares al de nuestro Estudio de Investigación.

Con respecto a la presencia de Maloclusiones y de los niños evaluados en el Cercado de Tacna (Cuadro 5.A) se les encontró con un alto porcentaje para la Maloclusión Clase I.

Según la “OMS” las maloclusiones ocupan el 3^{er} lugar como problema de Salud Bucal. La mayoría de las enfermedades y en particular las Maloclusiones no son de riesgo de vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas problemas de Salud Pública.

En el grupo del Distrito de Candarave, se encontró con un alto porcentaje de Maloclusión de Clase I (Cuadro 5.B) coincidiendo con el otro grupo, respectivamente.

Fernández Torres, Celia (1993-1994) con su estudio titulado “Hábitos Deformantes en Escolares de Primaria”. Encontró que los niños que presenciaban Malos Hábitos Bucales tales como: Succión Digital, Respiración Bucal y Deglución Atípica, presentan mayor porcentaje de Maloclusiones.

Fernández Torres, Celis (1979-1980) determinó que la prevalencia oscila entre un 62,2% y 72%. La Maloclusión aumenta con la edad y desarrollo de la dentición

Los resultados de estas investigaciones se asemejan al presente estudio de investigación ya realizado.

Al analizar el Over Jet y Over Bite para los niños c/s Malos Hábitos Bucales, ambos grupos de estudio (Cercado de Tacna y distrito de Candarave), se encontró que el Over Jet (Cuadros 6.A y 6.B) tuvo disminución significativa (Retrusión), observando que se presentó en un alto porcentaje para el Distrito de Candarave.

Mientras que el Over Bite (Cuadros 7.A y 7.B) tubo un aumento del Over Bite (Mordida Abierta) observando un alto porcentaje para el Distrito de Candarave, recalcando que ambos grupos de estudio tienen maneras distintas de vida, hábitos diferentes, etc. en lo que coincide con la investigación hecha por **Zegarra**

Adanaque (2002) titulada “ Influencia del Hábito de Succión Digital sobre las Relaciones Dentoalveolares en niños de 3 a 5 años de los centros educativos Iniciales de Umacollo-Arequipa, lo cual también es sostenido por Moyers (1992), Proffit (1996) y Dachateux (1992).

De acuerdo según el Sexo y Edad no se encontró relación significativa con los Malos Hábitos Bucales.

El Sexo Masculino es el que presencia con más frecuencia el Mal Hábito Bucal para el Cercado de Tacna y el sexo femenino para Candarave.

Si bien es cierto que el sexo no es variable determinante en el comportamiento de ciertas enfermedades odontológicas, si presentan un factor determinante en el comportamiento de ciertas enfermedades generales.

Con respecto a la edad, el grupo que más destacó algún mal hábito bucal fue de los 6 a 7 años (Cuadro 9.A) y para el otro grupo fue de los 8 a 9 años (Cuadro 9.B).

Para la edad se establece un parámetro muy importante dentro de las enfermedades Buco dentales.

La Población de la Zona Rural de la Sierra se dedica fundamentalmente a la Agricultura de productos de pan llevar, se orientan al autoconsumo; así mismo se dedican a la ganadería de ovinos, auquenidos, etc ;Trabajando Hombres, niños y mujeres en estado de: gestación y con enfermedades, lo cual vendría hacer un deterioro de salud emocionadle para estos.

La zona urbana, aquí los niños se encuentran con más horas de estudio, incluso algunos padres los envían a sus niños a academias originando a que el niño tenga aumento de estrés escolar.

CAPITULO VI CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Del Total de niños y niñas evaluados en las diferentes Instituciones Educativas del Cercado de Tacna, el Mal Hábito Bucal de Queilofagia con el 66.67% presentó asociación a la presencia de Maloclusión Clase I y III; Deglución Atípica con 61.11% presentando Bis a Bis y un 30.43% Protrusión; Bruxismo con 5.56% Bis a Bis; Deglución Atípica con 49.02% presentó Mordida Abierta.

Para el Distrito de Candarave, el Mal Hábito Bucal de Deglución Atípica con un 60.0% presentó Protrusión (Over jet), el 36.67% es Bis a Bis; Hábito de Morder Objetos 42.86% presentó protrusión, 9.09% Bis a Bis y nuevamente la Deglución Atípica con un 16.90% presentó Mordida Abierta.

Del 100% de niños evaluados en el Cercado de Tacna el 77.65% presentaron algún Mal Hábito Bucal, destacándose : la Deglución Atípica con un 21.76%, Onicofagia 21.18% y Respiración Bucal 12.94%. Para el Distrito de Candarave el 40.0% presenta algún Mal Hábito Bucal, destacándose: Nuevamente la Deglución Atípica con el 18.0%, Onicofagia 16% y el Habito de Morder Objetos 13%.

De los niños que presentaron algún tipo de Maloclusión, la Clase que destacó fue: Clase I para el lado Derecho con un 69.41% seguido de la clase II lado Izquierdo con el 24.12%, 28.8% presentó Retrusión, 10.6% Bis a Bis (Over Jet); 30% Mordida abierta (Over Bite).

Para el Distrito de Candarave fue : el 65.88% Clase I del lado Derecho, seguido de la Clase II lado derecho con 24.12%; 37.6% retrusión y el 12.9% Bis a Bis (Over jet); 41,8% Mordida abierta (Over Bite).

De los 170 niños observados en el Cercado de Tacna, el Sexo que presentó algún Mal Hábito Bucal y destacó fue para el Sexo Masculino con un 30% y en Candarave el Sexo Femenino con un 18.2%.

Para la Edad el grupo que presencié los Malos Hábitos Bucales fue el Grupo de 6 a 7 años con un 30.0% para el Cercado de Tacna, y el 17.6% de 8 a 9 años se dio para el Distrito de Candarave.

CAPITULO VII RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Con los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación me permito dar las siguientes recomendaciones:

1. Diseñar o elaborar un programa preventivo que pretenda monitorear, con la participación del equipo multidisciplinario y a nivel intersectorial y que incluye también a la familia, comunidad a través de acciones educativas.
2. Se sugiere a los Establecimientos de Salud que no sólo se basen en dar charlas sobre prevención bucal, enfermedades bucales y caries sino que incluyan a los malos hábitos bucales ya que deben ser prevenidos a tiempo.
3. Se sugiere la orientación del psicólogo para los padres de familia, maestros e hijos, con el fin de que los padres y maestros tengan un buen trato para con sus niños y así mismo evitar momentos de ansiedad en ellos, lo que es un factor determinante de los malos hábitos bucales y estos sobre las maloclusiones dentomaxilares.
4. Se recomienda a los Odontólogos en especial a los Ortodoncistas que no sólo se basen en diagnosticar las maloclusiones dentomaxilares, sino que sean más minuciosos al chequear y hacer la historia clínica al paciente pediátrico así pudiendo diagnosticar a tiempo los malos hábitos bucales.
5. El Dentista tiene que estar preparado y capacitado para diagnosticar y prevenir posibles desviaciones de la normalidad y lo que constituye el mayor desafío, reeducar al niño de forma concomitante con el empleo de recursos clínicos, para lograr así el abandono del mal hábito.

6. Remitir a los niños con problemas de malos hábitos bucales al Odontólogo especialista, Fonoaudiólogo, Otorrinolaringólogo, psicólogo, Pediatra, etc.
7. Se considera muy importante realizar un estudio sobre los malos hábitos bucales, considerando así las causas de tipo psicológicas y emocionales que condicionan estos malos hábitos.
8. Se debe publicar los resultados obtenidos de esta investigación para que estén al alcance de profesionales como: Odontólogos, Médicos Foniatras docentes, etc.

ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA

Nombre:..... Edad:.....Años
 Fecha de nacimiento..... Sexo:.....
 Domicilio:.....
 Centro educativo:..... Grado y sección:.....

ENCUESTA DIRIGIDO A LOS PADRES

SUCCION DEL CHUPON

1.- ¿Su niño utilizo chupón, hasta que edad?

- Si No
- a) 0-6 m
- b) 7 m - 1 año
- c) 2 - 3 años
- d) 4 a más años

¿Cuándo?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

2.- ¿Su niño utilizo biberón, hasta que edad?

- Si No
- a) 0-6 m
- b) 7 m - 1 año
- c) 2 - 3 años
- d) 4 a más años

¿Cuándo?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

3.- ¿Su niño tuvo lactancia materna, hasta que edad?

- Si No
- a) 0-6 m
- b) 7 m - 1 año
- c) 2 - 3 años
- d) 4 a más años

¿Cuándo?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

SUCCION DIGITAL

4.- ¿Su hijo se chupa el dedo?

- Si No

¿Cuándo?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

SUCCION LABIAL

5.- ¿Su hijo se chupa el labio?

- Si No

¿Cuándo?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

6.- ¿Su hijo se muerde el labio?

- Si No

¿Cuándo?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

HABITO DE MORDER OBJETO

7.- ¿Su hijo muerde algún objeto?

- Si No

¿Cuándo?

- a) Hace tareas
- b) Esta nervioso
- c) Otros.....

¿Que muerde?

- a) Lápiz
- b) Objeto duros
- c) Otros.....

RESPIRACION BUCAL

8.- ¿Sabe si su niño respira por la boca?

Si No

¿Cuándo?

- a) Día
- b) Noche
- c) Cuando esta resfriado
- d) Siempre

9.- ¿Su hijo permanece con la boca abierta?

Si No

¿Cuándo?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

10.- ¿Su hijo ronca?

Si No

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

HABITO DE MORDERSE LAS UÑAS U ONICOFAGIA

11.- ¿Su hijo se come las uñas?

Si No

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

HABITO DE POSTURA

15.- ¿Qué posición adopta su hijo al dormir?

- a) Boca abajo
- b) Boca arriba
- c) De costado
- d) Otra.....

16.- ¿Qué posición adopta su hijo al estar despierto?

- a) Mano contra los maxilares
- b) Mano contra el mentón
- c) Puño Contra los maxilares
- d) Puño contra el mentón

BRUXISMO

15.- ¿Su hijo hace ruidos con los dientes?

Si No

¿En que turno?

Diurno Nocturno

¿Cuándo?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

ANEXO 2

EXAMEN CLINICO

Nombre:..... **Edad:**.....**Años**
Fecha de nacimiento:..... **Sexo:**.....
Domicilio:.....
Centro educativo:..... **Grado y sección:**.....

1.- ¿Te cepillas los dientes?

Si No

¿Cuándo?

- a) 1 vez al día
- b) 2 veces al día
- c) 2 veces al día
- d) Después de c/comida

2.- Dentición Mixta

- a) Precoz
- b) Normal
- c) Tardía

3.- Perdida prematura temporaria

Si No

4.- Perdida prematura permanente

Si No

SUCCIÓN DIGITAL

Si No

5.- Características intrabucales

- a) Mordida Abierta
- b) Paladar Alto
- c) Retraccion mandibular
- d) Vestibuloversion I.Sup.
- e) Linguoversion I.Inf.
- f) Otros.....

6.- Características en dedos

- a) Limpio
- b) Callosos
- c) Erosiones
- d) Otros.....

SUCCIÓN DEL CHUPÓN

Si No

7.- Características intrabucales

- a) Mordida abierta
- b) Paladar Alto
- c) Retreccion mandibular
- d) Vestibuloversion I.Sup
- e) Linguoversion I. Inf.
- f) Otros.....

ONICOFAGIA

Si No

8.- Características intrabucales

- a) Giroversión de los Incisivos
- b) Mordida cruzadas en la zona de aplicación

Características en dedos

- a) Uñas con Bordes irregulares
- b) Uñas con Bordes regulares
- c) Lesión de lechos ungueales

DEGLUCION ATIPICA

Si No

9.- Posición de lengua en Deglución

- a) Normal b) Interposición

10.- Posición de Lengua en Reposo

- b) Normal b) Interposición

11.- Posición de Lengua en Fonación

- b) Normal b) Interposición

12.- Característica Intra bucales

- a) Mordida abierta anterior
- b) Lengua grande
- c) Vestibuloversion de I.Sup.
- Vestibuloversion de I.Inf.
- d) Otros.....

RESPIRACION BUCAL

Si No

13.- Prueba de la platina de vidrio o espejo

- a) 30"
- b) 1'
- c) 2'
- d) 2 a más minutos

14.- Característica Intraorales

- a) Gingivitis
- b) Mordida Abierta
- c) Mordida cruzada
- d) Aumento Curva Spec
- e) Paladar alto
- f) Vestíbulo versión I.Sup.
- g) Linguo versión I.Inf.

15.- Característica Extraorales

- a) Labios Incompetentes
- b) Fascies Adenoidea
- c) Perfil convexo
- d) Hombros caídos
- e) Otros

HABITO DE POSTURA

Si No

16.- Características

- a) Mordida Cruzada unilateral
- b) Línea media Desviada
- c) Línea media Centrada
- d) Chasquidos
- e) Desviación de la mandíbula
- f) Otros.....

QUEILOFAGIA

17.-Labio Superior Si No

- a) Labio Hipertónico
- b) Labio Inf. Hipotónico
- c) Vestibuloversión de I. Inf.
- d) Palatoversión de I. Sup.

18.-Labio Inferior Si No

- a) Labio Hipertónico
- b) Labio Sup. hipotónico
- c) Vestibuloversión de I.Sup.
- d) Linguoversión de I. Inf.

GLOSOFAGIA

Si No

19.- Características intrabucales

- a) Mordida Abiertas Laterales
- b) Mordida Abiertas Unilaterales
- c) Mordida Abierta anterior

20.- BRUXISMO

- a) Erosiones
- b) Otros.....

21.- RELACION MOLAR:

- a) I
- b) II
- c) III

22.- RELACION CANINA:

- a) I
- b) II
- c) III

23.- Over jet:_____mm

24.- Over Bite:

- Negativo (Mordida abierta)
- Borde a Borde
- Normal
- Mordida profunda

25.- Apiñamiento Dentario

Si No

26.- Diasternas

Si No

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (01).- ALVES CARDOSO Rielson José, **“Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los maxilares”**.São Paulo- 2002. Editorial Artes Médicas Latinoamérica
- (02).- ATLAS REGIONAL DEL PERU-TACNA Lima-2004. Quebecor World Perú S.A.
- (03).- CANUT BRUSOLA J. A. , **“ Ortodoncia Clínica y terapéutica ”**.Barcelona-España }
2000. Editorial Masson
- (04).- DORLAND, **“Diccionario médico de bolsillo”**.Madrid -2001. Editorial Médica.
- (05).- FRIEDHENTAL MARCELO,**“Diccionario de Odontología”**.España-2003. Editorial Médica Panamericana.
- (06).- GUARDO ANTONIO J., **“ Manual de Ortodoncia ”**. Buenos Aires-1960. Editorial el Ateneo.
- (07).- GRAN ENCICLOPEDIA DEL PERU. España - 1998. Editorial Lexus editores.
- (08).- MAYORAL Guillermo, **“Ficción y Realidad en Ortodoncia”**, Venezuela.
1997.Editorial Actualidades Medico-Odontológicas Latinoamérica.
- (09).- MAYORAL G. Y. J. , **“ Ortodoncia principios fundamentales y práctica ”**,Barcelona-
1983. Editorial Labor Barcelona.
- (10).- MOYERS R. F., **“ Manual de Ortodoncia ”**, Buenos Aires-Argentina 1991. Editorial Médica Panamericana.
- (11).- PINKHAM J.R. **“Odontología Pediátrica”**. México-1994.Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- (12).- POWDERMAKER Florence, GRIMES Louise Ireland, **“Cómo atender y cómo entender al niño”**. Buenos Aires-Argentina 1959. Editorial Kapelusz.
- (13).- PROFITT R. William **“Ortodoncia Contemporánea,Teórica y Práctica”**.España-2001. Editorial Harcourt.

- (14).- QUIROZ Oscar J., “ **Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y ortodoncia Interceptiva**”. Venezuela-1994. Editorial Actualidades Médico Odontológicas.
- (15).- REUSCHE LARI Rosa Maria, “**LA NIÑEZ: Construyendo Identidad**”. Lima-1997. Editorial Libro Amigo.
- (16).- SYDNEY B. Finn, “**Odontología Pediátrica**”. México- 1982. Editorial Nueva Editorial Interamericana.
- (17).- VELLINI-FERREIRA FLAVIO, “**Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Clínica**”, São Paulo 2002. Editorial Artes Médicas.

INTERNET

- (01).- [www./dentinator.net/Especialidades/ortodoncia/apunts/etiologmalocclus.htm](http://www.dentinator.net/Especialidades/ortodoncia/apunts/etiologmalocclus.htm)
- (02).- [www./Odontocat.com/ortoclas.htm](http://www.Odontocat.com/ortoclas.htm)
- (03).- www.jinuj.com.ar/profesionales/divulgacion.htm
- (04).- www.alemana.cl/not/not/not010507.html
- (05).- www.zonapediatrica.com/mod-htmllpages-display-pid-476.html
- (06).- www.planetamama.com.ar/bebe/chupete.htm
- (07).- www.ortodoncia.ws/32.asp
- (08).- www.ajoajo.com/notas.asp?id=100&tit=26
- (09).- www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_growth_sp/thumb.cfm
- (10).- www.deltadentalca.org/espanol/health/pacify.html
- (11).- www.diariocronica.com.ar/suplementos/consultorio/deglucion.htm
- (12).- www.tupediatra.com/temas/tema218.htm
- (13).- www.odontologia-online.com/estudiantes/trabajos/varios/vs04.html
- (14).- www.zonapediatrica.com/mod-htmllpages-display-pid-488.html
- (15).- [www.tuotromedico.com/temas/rechinar de dientes o brujismo.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/rechinar_de_dientes_o_brujismo.htm)
- (16).- www.viatusalud.com/Documento.asp?id=6883
- (17).- [www.odontologia.com.mx/articulos/Dr Perera/brujismo.htm](http://www.odontologia.com.mx/articulos/Dr_Perera/brujismo.htm)
- (18).- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Santos_P_J/t_completo.pdf
- (19).- <http://centros6.pntic.mec.es/equipo.general.el.burgo.de.osma/index.html>
- (20).- [http://www.saa.com.br/links/urbrur/urbru co.htm](http://www.saa.com.br/links/urbrur/urbru_co.htm)

HEMEROGRAFIA

- (01).- COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERU, “**Guía Odontológica para promotores de Salud Bucal**”, LIMA-PERU 2001.
- (02).- MENDOZA CORBETTO Marco A., “**Respiración Bucal Causas, Diagnóstico y Tratamiento**” Revista Especializada CULTURA ODONTOLÓGICA, N°4, Edición 2002.