

CAPÍTULO I
MARCO TEORICO

1.1 DEFINICIÓN DE HÁBITO BUCAL

Para entender bien esta definición se la estudiará en dos partes:

Un hábito es hacer una misma cosa todo el tiempo sin esfuerzo alguno; es una acción automática; es como una ciega rutina. Usualmente los malos hábitos son muy fáciles de adquirir y por alguna razón pareciera que no hubiera fricción, o dificultad alguna al obtenerlos.

La boca, también conocida como cavidad bucal, es la abertura corporal por la que se ingieren alimentos. Está ubicada en la cabeza y constituye en su mayor parte el aparato estomatognático, así como la primera parte del sistema digestivo. Dentro de esta cavidad se encuentran las siguientes estructuras: dientes, lengua, parte interna de las mejillas llamados carrillos, paladar duro y blando, glándulas salivales, úvula, etc.

Entonces se dice que Hábito Bucal son los hábitos que participan en la boca y estos repercuten en la masticación, la fonación y deglución.

Para ser considerado alguna repetición como hábito, es sabido por expertos modernos en psicología que todo lo que se repite 21 veces crea un hábito y se cree que para que este hábito sea grabado en la mente, se requiere de mínimo 21 días.

Durante la lactancia la boca es la parte más importante del cuerpo y se convierte en el órgano a través del cual un lactante obtiene el aire y el alimento vivificador; a la vez es el órgano por medio del cual establece contacto con el medio.

Los factores ambientales que desempeñaran el papel principal en el desarrollo emocional temprano del niño son, lo que es bastante natural, aquellos que lo rodean en forma inmediata durante sus primeros días de vida. Los padres y la relación con ellos tienen un papel enteramente dominante en el desarrollo emocional temprano de un niño. Coetáneos, parientes y otros adultos y maestros se van tornando cada vez más importantes. La economía el alojamiento y el desempleo pueden influir en forma más indirecta sobre el desarrollo del niño.

La necesidad fisiológica de succionar cesa de los 9 a 12 meses. La necesidad psíquica permanece por un tiempo, por ejemplo cuando el niño se siente infeliz, agotado o está por dormirse, situaciones en las que regresa a un nivel psicológico previo. En ocasiones, la necesidad de succionar puede continuar hasta después de los tres años, lo que acarrea problemas de mordida abierta y de desarrollo del habla. Un "chupete" puede funcionar como "tapón social" que ocupa la necesidad del contacto con sus padres y con adultos. Las causas de estos son variadas. Se puede tratar de una conducta aprendida, pero la mayoría cree que deriva de una necesidad temprana o todavía insatisfecha de succionar/necesidad de consolación por su seguridad insuficiente. El chupete y los hábitos de succión deberían ser sustituidos de forma gradual por otras formas de contacto, actividades adecuadas a la edad y estimulación.

1.1.1 Importancia de ciertos hábitos.-

Durante el desarrollo del niño se puede modificar el patrón del crecimiento si se adquiere una serie de hábitos dañinos que pueden provocar ciertas deformaciones en los huesos de la cara. Lo más importante; antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento ortodóncicos es prioritario valorar la situación funcional de cada paciente. Dado que el sistema estomatognático desempeña numerosas funciones, es necesarios efectuar una valoración múltiple para analizar la masticación, la deglución, la respiración, el habla, la postura y el estado de cada uno de los componentes que participan en el desarrollo de la actividad funcional.

1.2 CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS BUCALES.

Estos se pueden clasificar en dos tipos: Hábitos Bucales Fisiológicos y Hábitos Bucales No Fisiológicos.

1.2.1 Hábitos bucales fisiológicos

Son aquellos que nacen con el individuo como la respiración nasal, la masticación, el habla y la deglución, estos al aprenderse y dominarlos se vuelven involuntarios, estos hábitos juegan un papel importante en la fisiología del individuo, he aquí la importancia de aprender la manera correcta de realizar estos hábitos.

1.2.2 Hábitos bucales No fisiológicos

Son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y respiración bucal, estos hábitos ocasionan desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas ocasionando una alteración del Sistema Estomatognático, es decir una deformación, estos depende directamente de la duración, frecuencia, intensidad y la edad, ya que en menor edad mayor hábito.

1.2.3 Clasificación de los hábitos según su etiología

1.- Intensivos.- Como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede formarse en perjudicial, por la persistencia en el tiempo.

2.- Placenteros.- Algunos hábitos se tornan placenteros, tal como algunos casos de succión digital.

3.- Defensivos.- En pacientes con rinitis alérgicas, asma, etc. La respiración bucal se torna en un hábito defensivo.

4.- Hereditarios.- Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden acarrear un hábito que acompaña a dicha malformación, Ejemplo: Inserciones cortas de frenillos.

5.- Adquiridos.- La fonación nasal en los figurados, aun después de intervenciones quirúrgicamente, primordialmente las conocida como golpe glótico para los fonemas k, g, s, y para las fricativas faríngeas al emitir la s y la ch.

6.- Imitativos.- La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas, etc.

1.2.4 Los Hábitos orales más importantes y sus consecuencias.-

Los hábitos orales más importantes son:

- Succión digital
- Interposición o succión labial (Hábitos mentoniano , Succión de carrillos)
- Onicofagia
- Hábitos posturales
- Deglución infantil o Interposición lingual
- Succión del chupete o persistencia del biberón
- Respiración bucal



Todos estos hábitos, pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodóncicos. Al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, pueden generar:

1. Protrusiones dentarias
2. Protrusiones dentoalveolares.
3. Mordidas abiertas anteriores y/o laterales.

4. Mordidas cruzadas anteriores o laterales
5. Inhibiciones de la erupción de uno o varios dientes
6. Vestíbulos o linguoversiones

Muchas disfunciones se adquieren en las fases iniciales del desarrollo.

1.3 SUCCIÓN DIGITAL

Casi todos los niños realizan algún tipo de succión no nutritiva: chuparse el pulgar, otro dedo o algún objeto de forma parecida. Incluso se ha podido observar que algunos fetos se chupan el pulgar intraútero, y la gran mayoría de los lactantes lo hace desde el nacimiento y hasta los 2 años de vida o más. Los recién nacidos tienen más sensibilidad táctil en la boca que en los dedos, por lo que llevan objetos a labios y lengua para ser identificados.

La malformación maxilofacial que se desarrolla con la succión del pulgar es en la mayoría de los casos más significativa que aquella producida por succión de chupete. La presión del dedo pulgar sobre la pre maxila por un lado, además del apoyo de la base de ese dedo sobre la mandíbula, para realizar la succión, sumado al vacío, da como resultado la proyección del proceso maxilar hacia adelante y un empuje de la mandíbula hacia atrás, determinado así una protrusión incisiva superior y una proyección de la arcada inferior hacia atrás, provocando así un menor crecimiento mandibular.

La actividad muscular para realizar la succión, se compone de una obturación de los músculos orbiculares de los labios alrededor del dedo y de los músculos Buccinadores que se contraen, presionando las zonas laterales del maxilar superior, generando un impedimento para el desarrollo transversal del hueso maxilar. Con frecuencia se desarrolla una compresión maxilar dando por resultado, una mordida cruzada uní o bilateral.

Es la acción repetida de succionar el dedo pulgar u otro dedo. Este hábito se considera normal durante los primeros dos años de vida, sin embargo la presencia de éste después de los 4 años es síntoma de carencia afectiva y emocional.

La prevalencia de los hábitos digitales disminuyen con la edad y muchos niños abandonan estas actividades hacia 3-4 años de edad.

De vez en cuando, puede que algunos individuos sigan exhibiendo un habito digital a lo largo de la infancia e incluso pueda extenderse esta conducta hasta la edad adulta.

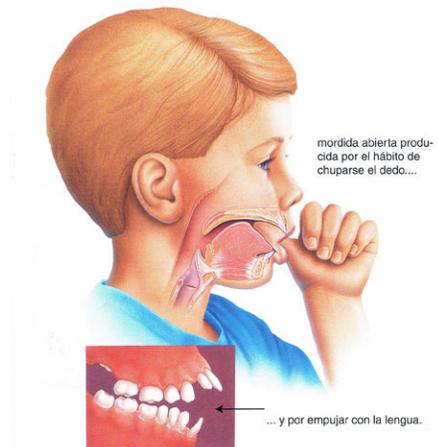
Cuando estos hábitos persisten diversos factores son los que afectan a la posibilidad de desarrollo de problemas dentales: la frecuencia y la duración del hábito, la intensidad de la succión, la relación de las arcadas dentales y el estado de salud del niño

- a. **Succión del pulgar.-** Es el más común entre los hábitos de succión, los músculos activos en este habito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa.

Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso de aire rompa el vacío formado.

- Efectos de la succión del pulgar.- La succión de los dedos puede provocar una mordida abierta, mordida cruzada posterior, retrusión mandibular, pre inclinación de los dientes antero superiores y retro inclinación de los dientes anteriores inferiores.

La adaptación de la lengua agrava y prolonga la mala oclusión.



b. **Succión de otros dedos.-**

Succión del Índice.- La succión del índice puede producir una mordida abierta unilateral, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del medio y anular.- La succión de los dedos medio y anular puede producir una mordida abierta unilateral protrusión de uno o más incisivos o caninos y/o intrusión o retro inclinación de los incisivos antero inferiores.



1.3.1 Características

Este hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención.

Aunque pueden succionarse uno o más dedos lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona palatina de los incisivos, mientras que la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores.

1.3.2 Diagnóstico

Cuando un paciente tiene una maloclusión o mordida abierta en la dentición primaria o permanente, el dentista siempre debe sospechar un hábito bucal. La mayoría de los pacientes admitirán el hábito, pero en caso de no hacerlo con el examen de las manos y dedos del paciente, proporcionará esta información; en presencia de nueve dedos o uñas sucias, un dedo o un pulgar pueden estar perfectamente limpios y tener un callo. Es posible que el padre o tutor y el niño no se han dado cuenta del hábito que tiene, ya que este lo realiza durante la noche, entonces se le pedirá al padre que observe al niño cuando éste duerme.

1.3.3 Repercusiones

La mordida abierta anterior es una falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los otros dientes se localizan en oclusión, que se presenta porque el dedo descansa en forma directa con los incisivos. Esto origina un ligero aumento en la abertura vertical, el dedo impide la erupción de los dientes anteriores que los posteriores tienen libertad para hacerlo.

El movimiento vestíbulo lingual de los incisivos depende de cómo el paciente coloca el pulgar o el índice en la boca. A menudo, pone el primero de tal modo que ejerce presión sobre la superficie palatina de los incisivos superiores y sobre la vestibular de los inferiores. El niño que succiona de modo activo puede crear fuerza suficiente para inclinar los incisivos superiores hacia vestibular y los inferiores en dirección lingual, el resultado es una sobremordida horizontal aumentada.

La constricción de la arcada superior sucede por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua. Cuando se pone el pulgar en la boca se fuerza a que la lengua se dirija hacia abajo y lejos del paladar.

1.3.4 Tratamiento

Para poder tener éxito en cualquier tratamiento, el dentista necesita la cooperación incondicional del niño; sólo si el niño comprende la necesidad de dejar el hábito y expresa su deseo de hacerlo el dentista deberá considerar el tratamiento. Debemos tener en cuenta que el niño no percibe a su hábito de succionar el dedo como un problema.

Se aconsejan tres métodos diferentes aparatos en el tratamiento, dependiendo de la cooperación del niño para suspender el hábito. El primero, terapéutica de acuerdo, es conveniente para quienes desean suspender la costumbre, pero necesita cierta ayuda para interrumpirla por completo. Una banda adhesiva pegada alrededor del dedo causal puede funcionar como recordatorio constante para no colocarlo en la boca. La banda permanece en su sitio hasta que hábito desaparece. Los estímulos desagradables, como pintar soluciones de mal sabor en el dedo, también recuerdan al niño que no efectúen la succión. Sin embargo, este tipo de tratamiento se percibe como castigo y puede no ser tan eficaz como un recordatorio neutral.

Un segundo recurso para influir sobre los hábitos bucales es mediante un sistema de recompensa; se establece un convenio entre el niño, sus padres y el odontólogo, donde sólo se mencione que el niño interrumpirá su hábito durante un periodo específico y como premio recibirá una recompensa, si se satisface las exigencias del pacto. La recompensa no tiene que ser extravagante pero sí especial para motivar al niño. Es más probable que el proyecto tenga éxito mientras mayor sea la participación del niño en el mismo. Esto puede incluir la colocación de calcomanías con forma de estrella en un calendario hecho en casa, cuando él evite exitosamente la costumbre durante todo el día. Al término del periodo, se presenta la recompensa con halagos verbales por haber satisfecho las condiciones del acuerdo.

Si el hábito aún perdura luego del tratamiento con recordatorios y recompensas y el niño en verdad desea eliminarlo, es necesario iniciar un tratamiento con aparatos.

Este tipo de terapéutica comprende la colocación de un dispositivo en la boca, que

físicamente desaliente el hábito al complicar la succión digital. El odontólogo debe explicar al paciente y los padres que el aparato no es un castigo sino un recordatorio permanente para no colocar el dedo en la boca. Los dos dispositivos usados más a menudo para este propósito es el "Quad hélix" y la trampa palatina. El primero es fijo y se emplea para expandir un arco superior constreñido, este dispositivo también corrige una mordida cruzada posterior.

La trampa palatina se diseña para interrumpir un hábito digital al interferir con la colocación del dedo y satisfacción derivada de la succión. Por lo regular se emplea en casos sin mordida cruzada posterior.

Los aparatos usados para desalentar costumbres deben permanecer seis meses en la boca, pero el "Quad hélix" necesita 90 días para corregir la mordida cruzada y otros tantos para estabilizar el desplazamiento.

1.4 SUCCIÓN LABIAL

Son los que abarcan la manipulación de los labios.

La más corriente es la succión o el mordisqueo del labio inferior, conocida como **hábito mentoniano** debido al aspecto fruncido en "pelota de golf" que adquiere el tejido sinfisiario por la excesiva actividad mentoniana.

En este tipo de disfunción se suele producir un contacto entre la lengua y el labio inferior, que se suele observar durante la deglución.

La anomalía muscular combinada puede provocar una apertura anterior de la mordida y una inclinación lingual de los incisivos inferiores, con apiñamiento y desplazamiento labial de los incisivos superiores.

Por consiguiente, el atrapamiento labial pernicioso altera la integridad de las denticiones superiores e inferiores.

Se produce una retracción o dehiscencia del tejido gingival labial que recubre los incisivos inferiores.

- a) **Morderse el labio superior.-** Es un hábito que se observa en los escolares. Es un síndrome de alivio de tensiones distorsiones. La función lingual puede ser normal, siendo los principales factores patológicos la actividad hipercinetica y el hábito labial anormal.
- b) **Morderse el labio inferior.-** Generalmente se presenta en casos con marcado "overt get" el labio inferior se coloca por detrás de los incisivos inferiores manteniendo o agravando esta situación, provocando inclinaciones linguales de los incisivos inferiores o retrucciones dentoalveolares del mismo sector.
- c) **Succión de carrillos.-** La mucosa de la cara interna de los carrillos se interpone entre ambas arcadas en los sectores laterales provocando mordidas abiertas en estas zonas.



1.4.1 Características

La observación más frecuente en este hábito es un labio inferior remitido por detrás de los incisivos superiores. Este hábito es muy frecuente en las denticiones mixta y permanente, por regular se presenta en edad escolar.

1.4.2 Diagnóstico

Los signos más evidentes que se relacionan con estas costumbres son labios rojos, inflamados y resecaos en periodo de clima frío.

1.4.3 Repercusiones

Produce una lesión semicircular en el labio inferior. Esta lesión está sujeta a grietas y a infecciones sobrecargadas como el impétigo. Se suele hallar una inclinación hacia lingual en los incisivos inferiores y protrusión hacia vestibular de los incisivos superiores, con un resalte exagerado y con frecuencia sobre mordida exagerada.

1.4.4 Tratamiento

El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales labiales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores. La sobremordida se elimina con ortodoncia.

Escudillo vestibular

Es un aparato que se utiliza en los pacientes con interposición de labio inferior, diseñado para separar los tejidos del labio inferior, de la cara vestibular de los incisivos inferiores, permitiendo una reeducación neuromuscular del labio, adoptando éste una mejor posición, para no presionar ni interferir con los incisivos inferiores, y de esta forma facilitar el cierre labial. Puede ser adosado a un aparato removible o se puede soldar de manera fija a bandas cementadas en los molares inferiores.

1.5 ONICOFAGIA

El hábito de roer (comer) las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o el chupón. No se debe reprimir, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, y que solo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia influye en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado. Conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior.



1.5.1 Características

Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas y tensiones aplicadas al morder las uñas son similares al proceso de masticación. Morderse las uñas alivia normalmente la tensión.

1.5.2 Diagnóstico

Para poder diagnosticar se recomienda revisar las manos de los pacientes que presentan uñas escasas e irregulares, además de desgaste en el borde incisal de los dientes anteriores.

1.5.3 Repercusiones

Estas suelen ser más frecuentes en las manos que en la cavidad oral, sin embargo el repiqueteo constante de un incisivo contra el otro al morderse las uñas, provoca que los incisivos superiores e inferiores se desgasten, provocando un problema estético ya que las piezas dentales lucen recortadas además de estar propenso a caries en esta zona.

El continuo mordisqueo al que son sometidas, hace que las uñas no crezcan bien. Se crean micro traumatismos a lo largo de todo el lecho ungueal, la parte que se encuentra bajo las uñas, alterándose su anatomía. Asimismo, también se ocasionan pequeñas heridas alrededor de las uñas, que hacen que el dedo se inflame y duela.

La onicofagia también puede provocar pequeñas infecciones por bacterias, virus, hongos o candidas en las uñas, al entrar en contacto con la flora de la boca. Estas infecciones, en muchos casos se trasladan a la mucosa oral dañando la boca y encías.

1.5.4 Tratamiento

Es necesaria la concientización del paciente. El terapeuta debe tener en cuenta si el niño está dispuesto a abandonar el hábito. Este es la manifestación de la necesidad insatisfecha de morder, también unida a un estado psicoemocional de ansiedad. Se le pide al paciente que muerda el mordedor de goma, cinco minutos sin parar. Siempre que tenga ganas de roer la uñas. También se le pide que, al sentirse ansioso, tome el mordedor y haga ese ejercicio durante cinco a diez minutos. Otra tentativa a eliminar el hábito es pedir al paciente que elija un dedo por semana para dejarle crecer la uña.

No existe ningún indicio que la mordedura de las uñas pueda motivar maloclusiones o cambios dentarios; por lo que no se aconseja algún tratamiento. Se recomienda cubrir las uñas con esmaltes o sustancias amargas que provocan el rechazo de la persona al llevar los dedos a la boca, los especialistas señalan que la solución más eficaz para acabar con este hábito procede del campo de la psicología.

Desde el momento en el que una persona deja de morderse las uñas, éstas necesitan unos ocho meses para restaurarse, y se debe esperar un mes y medio más, para asegurar el abandono definitivo del hábito.

1.6 HÁBITOS DE POSTURA

Las deformaciones de los arcos también pueden ser causadas por las presiones de postura al dormir y sentarse. El más frecuente es el hábito de dormir con el rostro apoyado sobre el antebrazo. El tipo de maloclusión ocasionado por este hábito es generalmente unilateral y localizado en el arco superior.

Lo que ocurre es lo siguiente: el peso de la cabeza pasa por los tejidos de la región maxilar y se localiza allí por la acción de la mano o el brazo. Las estructuras de la mandíbula no se perjudican porque este hueso es móvil y se libra de las presiones

deslizándose. Los dientes de la maxila, entonces, experimentan una inclinación hacia palatino, ocasionando una mordida cruzada posterior.

Otro hábito frecuente es el apoyar las manos, al leer o estudiar, con la eminencia palmer 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 estos dependen, muchas veces, de la práctica constante del hábito.

El hábito de la postura, por tanto, tiene como resultado una mordida cruzada posterior unilateral, sin desvío de la línea media (mordida cruzada posterior unilateral verdadera).

Cuando hay desvío de la línea media, la etiología de la mordida cruzada no será el hábito de postura, sino de un desvío mandibular causado probablemente por un contacto prematuro de los caninos deciduos (mordida cruzada posterior unilateral falsa o funcional).



1.6.1 Tratamiento

Para corregir el hábito de postura, se utiliza una placa de Hawley con una rejilla vestibular acoplada. Este aparato servirá de recordatorio al paciente. Siempre que apoye la cabeza sobre la mano o sobre el brazo, apretará el carrillo contra esta rejilla.

Para corregir la mordida cruzada posterior unilateral verdadera, se utiliza elásticos 1/8, que, desde la cara lingual del diente superior, se extiende a la cara vestibular del inferior o un expansor superior asimétrico. Del lado de la oclusión normal, el acrílico abarcará más dientes y servirá de anclaje. También se puede extender el acrílico hasta la cara lingual de los incisivos inferiores del lado no cruzado, para aumentar el anclaje.

Sin embargo, cuando la mordida cruzada posterior unilateral es funcional, se utiliza también un expansor, pero con corte medio y en cada activación se intenta reposicionar la mandíbula ajustándose la línea media. Después de algunas activaciones, los dientes entran en oclusión aunque probablemente el paciente todavía desviara la mandíbula debido a las fuerzas musculares que no se adaptaron a la nueva posición. En este momento, se recomienda recubrir las cúspides de los dientes superiores posteriores y, mientras el acrílico tenga plasticidad, llevar la mandíbula a la posición correcta (arreglando la línea media) y hacer que el paciente marque las cúspides de los inferiores.

1.7 DEGLUCIÓN INFANTIL E INTERPOSICIÓN LINGUAL

En mamíferos, con el mecanismo separado de alimentación y respiración, permite que la lengua se localice en una posición alta en la cavidad oral o llenar el espacio oral. La lengua permanece alta y en algunas ocasiones demasiado alta, manteniendo una posición alta incluso después del nacimiento.

El acto de tragar comienza alrededor del segundo trimestre y la succión de dedo puede ocurrir en el feto tempranamente, incluso a los 5 meses de vida intrauterina. La lengua de posición alta en conjunto con el empuje lingual crónico ha sido descrito como atávico.

Durante la vida intrauterina, hay un descenso natural del hueso hioides.

En la deglución infantil, que se observa en los primeros años de vida la lengua se ubica entre los incisivos superiores e inferiores primeramente en los rebordes alveolares. La estabilización de la deglución la realiza la musculatura del VII par

craneal, mientras que la movilidad mandibular ya está dirigida por los músculos masticadores.

Tras la erupción de los molares primarios durante el segundo año de vida, se inicia la función masticatoria como actividad neuromuscular en la que interviene todo el aparato estomatognático, el niño debería dejar el biberón, y los movimientos de succión para empezar a beber en vaso o taza. Al cesar esta actividad de succión, se produce una transición gradual y espontánea en el patrón de deglución al patrón adulto. Este tipo de deglución se caracteriza por cese de la actividad labial, es decir labios relajados, la lengua se interioriza, quedando la punta de esta contra los procesos alveolares, por detrás de los incisivos superiores, y dientes posteriores ocluidos durante la deglución.

La nueva actividad neuromuscular se establece para lograr la masticación (sustituyendo a la succión), tanto los receptores periodontales como de las mucosas orales participan e inician un circuito neural en que la posición dentaria y la movilidad mandibular estarán integradas con los huesos, músculos masticatorios y la articulación temporomandibular. La deglución es una actividad neuromuscular compleja, consiste en una serie de movimientos coordinados de los músculos de boca, faringe y esófago.

Por lo general, la deglución madura, aparece en la segunda a mitad de los primeros años de vida postnatal. La llegada de los incisivos orienta los movimientos más precisos de apertura y cierre de la mandíbula, obliga a que la lengua adopte una posición más retraída e inicia el aprendizaje de la masticación. La deglución infantil se relaciona con la succión, y la adulta con la masticación. La transición de la deglución infantil hacia la deglución adulta ocurre durante varios meses, según el momento de la maduración neuromuscular importante del desarrollo, pero la mayoría de los niños logra la deglución madura al año y media de edad. Esta deglución madura se caracteriza porque los dientes están juntos, la mandíbula queda estabilizada por los músculos elevadores de la mandíbula (sin movimientos notorios de la musculatura perioral), la punta de la lengua se apoya contra el paladar, por

arriba y atrás de los incisivos, y además son mínimas las contracciones de los labios y músculos faciales.

En las degluciones atípicas existe una ruptura del equilibrio y este hecho puede traer como consecuencia la instauración de una anomalía dentomaxilar, alterando incluso los patrones de crecimiento, además de alteraciones foniátricas.

La interposición lingual se define como la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias en la zona anterior (incisivos) o posterior (molares), observada en reposo o en alguna función como la deglución o fono articulación.

Se asocia a ADM (anomalías dentomaxilares) tales como mordida abierta, protrusión de incisivos superiores e inferiores, además de desgaste de los bordes incisales de los incisivos.

A nivel del desarrollo del macizo craneofacial la actividad anómala de la lengua determina un cambio de la morfología facial. La hiperactividad de los músculos depresores de la lengua posiciona a esta sobre el piso de la boca, en vez de estar apoyada sobre el paladar en su estado de reposo.

Esta posición de la lengua en el piso de boca, estimula el crecimiento mandibular en el sentido anteroposterior y transversal, siendo el responsable muchas veces de la presencia de mordidas cruzadas e incluso a veces de descendencia. Al estar la lengua en esta posición baja, no se produce la estimulación lingual sobre el desarrollo transversal de maxilar, generando una compresión del maxilar superior. Si esto lo sumamos al aumento del tamaño mandibular, es fácil entender la génesis de esta malformación.

En la deglución infantil, la lengua se apoya entre los incisivos, en vez de detrás de ellos, lo cual produce a nivel dentoalveolar una mordida abierta anterior, que se retroalimenta con la actividad neuromuscular. Para poder hacer el vacío, el paciente interpone la lengua entre los dientes al deglutir y esto aumenta la mordida abierta anterior.

Los recién nacidos pueden ejecutar algunas funciones vitales (succión, deglución y respiración) que son actos reflejos no condicionados.

Muchas funciones que se aprenden durante los primeros meses o años de vida (masticación, fonación, imitación) constituyen actos reflejos condicionados que se desarrollan a partir de los reflejos no condicionados, al mismo tiempo que las actividades reflejas fisiológicas normales se desarrollan determinados actos reflejos no fisiológicos o disfunciones, como la respiración bucal y el bruxismo.

En la exploración funcional para identificar los posibles aspectos disfuncionales hay que examinar la musculatura lingual, labial, malar e hioidea.

Por medios fundamentales para la exploración son la observación clínica, y las pruebas funcionales con el respaldo del análisis cefalométrico. Otras técnicas de análisis funcional más sofisticadas (por ejemplo la electromiografía, la cine radiografía, la cinesiología, el video, la R.M.N.) resultan útiles, pero no se suele disponer de ellas en la práctica privada. Para poder realizar un estudio de lo patológico primero realizaremos un estudio de lo fisiológico.



1.7.1 Estudio de la deglución.-

La deglución es un proceso complejo que se divide en cuatro clases.

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial anterior. A esta posición de la lengua y el consiguiente proceso de deglución se conoce como:

1. Preoperatorio oral
2. Oral
3. Esofágica

Las fases; 2; son etapas voluntarias de la deglución y proporcionan información sensorial necesaria para desencadenar las etapas reflejas faríngeas y esofágicas.

1.7.2 Deglución infantil o visceral.-

A medida que se desarrollan las estructuras orales, se produce la transición del niño a un patrón de deglución madura caracterizado por la relajación de los labios, la colocación de la punta de la lengua sobre el paladar anterior y la deglución con los dientes posteriores en contacto.

La cronología de este cambio en los patrones de deglución es variable, pero está unida a crecimiento de las estructuras faciales, el desarrollo de la dentición y la maduración del sistema nervioso.

1.7.3 Deglución normal

En la deglución madura normal no se produce protrusión lingual ni una postura adelantada constante.

La primera parte de la transición se produce cuando la lengua descansa en la parte inferior de la boca y se extiende lateralmente entre los dientes. En esta etapa, los sólidos introducidos en la boca hacen que la lengua presione contra el paladar duro.

La siguiente fase de transición se caracteriza por el cierre de las mandíbulas durante la deglución y la aproximación de los rebordes alveolares Posteriores.

La mayoría de los pacientes completan la transición hasta el patrón adulto entre los dos y doce años de edad, pero puede prolongarse el patrón infantil. Pueden contribuir a ello la succión del pulgar, la alimentación con biberón, respiración bucal, succión lingual y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central.

Además de la función lingual también son importantes; la postura, el tamaño y la forma de la lengua.

La influencia del bloqueo nasal y laríngeo y de la postura compensatoria de la lengua en las mal oclusiones.

1.7.4 Función Lingual

La importancia de la protrusión lingual o el empuje lingual tiene un papel preponderante en las etiologías de las malas oclusiones.

La protrusión lingual es la consecuencia de una relación morfológica anormal, un fenómeno de adaptación.

Las anomalías de la postura y función linguales pueden ser factores primordiales como consecuencia del mantenimiento de patrones de deglución infantiles u otros hábitos orales anormales, pero también pueden ser secundarios o adaptaciones a patrones morfológicos desfavorables.

1.7.5 Disfunción lingual

Las más corrientes son la presión exterior selectiva y los mordiscos linguales. La presión lingual puede ser anterior, posterior o combinada.

Las consecuencias de la localización de las presiones aberrantes dependerán de la zona que soportan dichas presiones:

- 1.- La postura y la presión lingual anteriores provocan una mordida abierta anterior.
- 2.- La presión lingual lateral o la extensión postural que induce a una infra oclusión posterior causa una mordida abierta lateral y sobre mordida profunda.

Habla.- El estudio del habla tiene también aplicaciones en el diagnóstico ortodóncico. La lengua, la faringe, el velo del paladar, el paladar y los dientes desempeñan importantes funciones en la fonación. Los movimientos de la lengua durante el habla son muy sofisticados y dependen de las condiciones locales.

1.7.6 Tratamiento

Aparatos con rejilla lingual

Es una estructura metálica, que va sobre el paladar, a nivel de las rugas palatina.

Esta rejilla puede ir soldada a bandas metálicas que se cementan en los molares superiores o puede ser un aditamento de una placa removible.

Su función es impedir que la lengua se ubique en una posición anterior a ella, eliminando así la interposición lingual en reposo y deglución.



1.8 SUCCIÓN DE CHUPETES O PERSISTENCIA DEL BIBERÓN

Se ha asociado de manera significativa el uso de chupete y la mordida cruzada posterior, especialmente cuando el hábito se prolongó más allá de los 36 meses. 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, mostraron que el uso de chupete prolongado, 24 a 36 meses, resulta en un aumento de la prevalencia de la mordida cruzada posterior a la edad de 5 años al comparar con el grupo con hábitos de succión por periodo más corto o sin historia de succión. Así mismo se ha observado en estos pacientes con denticiones primarias la presencia de mordidas abiertas, resalte aumentado y relación canina y molar de Clase II.

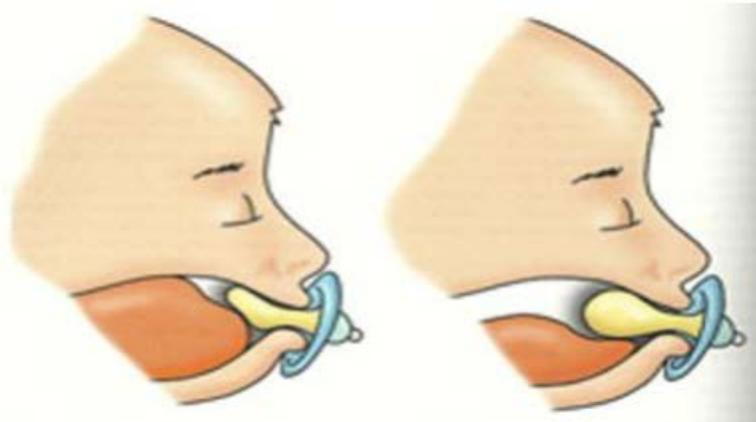
Los niños succionadores, además sufren alteraciones de la flora bacteriana y una hipertrofia del sistema linfático por lo que pueden presentar respiración bucal.

Se recomienda que la succión de chupete cese a más tardar a los 2 años, ya que a esa edad existe una auto recuperación del daño dentoalveolar provocado por este hábito

Se ha comunicado que los niños que usan chupete son menos propensos a desarrollar un hábito digital además, es posible que un chupete sea más fácil de abandonar por parte del niño y dejar de utilizar a una edad temprana. En contra de ciertos informes el empleo de chupete o excluye el desarrollo de una mala oclusión dental.

Las mordidas abiertas anteriores y las constricciones maxilares se observan de forma constante con el uso del chupete.

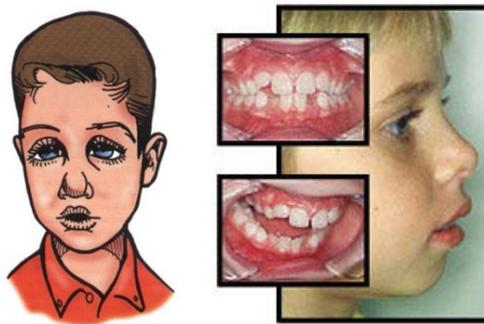
La forma de alimentación del lactante puede tener una importancia capital. Algunos biberones tienen tetinas con un diseño no fisiológico que pueden obligar a la lengua y la mejilla a ejecutar maniobras atípicas y compensatorias para extraer la leche, generando en los tejidos dentoalveolares asociando respuestas de adaptación que dan origen a determinadas mal oclusiones características.



1.9 RESPIRACIÓN BUCAL

Otro de los desequilibrios miofuncionales que producen cambios en la cavidad oral, es la respiración bucal o mixta. Normalmente la respiración debe seguir la vía nasal para llegar a los pulmones, siendo necesario que esta vía esté libre de obstrucciones

para cumplir su función en forma óptima. Cuando este patrón de respiración se encuentra alterado se generan una serie de modificaciones en el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales, como alteraciones en postura de cabeza y cuello, y del hueso hioides, además de alteraciones intraorales como maxilares estrechos, paladar ojival, una posición retrasada del maxilar inferior, el labio superior es corto y atónico, incisivos superiores protruidos, boca entreabierta, además de presentar un ángulo goniaco más obtuso, lo que favorece un patrón de crecimiento vertical.



1.9.1 Causas

Las causas que produce la respiración bucal se dividen en obstructivas y funcionales. Dentro de las causas obstructivas se encuentra las adenoides o hipertrofia adenotonsilar (39%), rinitis alérgica (34-49%), desviación del tabique nasal (19%), hipertrofia idiopática de cornetes (12%), rinitis vasomotora (8%) y por último pólipos y procesos tumorales.

En este sentido, tal como lo señala Parra (2003), "Las causas funcionales se producen por la persistencia de la respiración bucal una vez corregida la causa obstructiva, transformándose en un mal hábito".

1.9.2 Tratamiento

Quad Hélix

Aparato de ortodoncia metálico fijo, diseñado para lograr una expansión ortopédica del maxilar, está formado por un alambre con cuatro dobleces helicoidales, soldados a

bandas metálicas que se cementan en los molares superiores. Esta indicado en muchos de los pacientes respiradores bucales, cuando presentan un pobre desarrollo del piso nasal por falta de desarrollo transversal del maxilar

1.10 FACTORES QUE MODIFICAN O MINIMIZAN LA ACCIÓN DE LOS HÁBITOS

Los factores que modifican y pueden llegar a minimizar un hábito son:

- **Duración.-** Por su duración puede ser sub clasificada en:
 1. **Infantil.-** (Hasta 2 años) en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tienen efectos dañinos
 2. **Preescolar.-** (2-5 años), si la succión es ocasional no tiene efectos nocivos sobre la dentición, si es continuo o intenso puede producir mal posición de los dientes primarios, si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje en los casos con relativa facilidad.
 3. **Escolar.-** (6-12 años) requiere de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir mal posición dentaria y mal posiciones dentoesqueletales.
- **Frecuencia.-** Pueden ser intermitentes (diurnos) continuos (nocturnos).

Hay niños que succionan durante el día, y otros que solo en la noche para dormirse.

- **Intensidad.-**
 1. **Poco Intensa** cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular primordial, no se introduce el dedo completo sino distraídamente la punta del dedo.
 2. **Intensa** cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadoras es fácilmente apreciable.

CAPÍTULO II
MATERIALES Y METODOLOGIA

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es prospectivo, ya que se revisó clínicamente a los niños que presentan hábitos bucales en un momento y lugar determinado.

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

2.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los niños que están inscritos en el Unidad Educativa "Juan Pablo II" y que asisten a clases los días jueves 1 de septiembre, viernes de 2 septiembre, lunes 5 de septiembre y martes 6 de septiembre del 2016.

Como también pacientes que fueron atendidos en la Facultad de odontología todo el año 2016.

2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra es de 128 niños entre la edad de 6 a 12 años de la edad escolar.

2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

2.4.1 Criterios de inclusión

- Niños inscritos en el Unidad Educativa "Juan Pablo II"
- Niños de Edad Escolar
- Niños que presenten Hábitos Bucales
- Niños con repercusiones orales provocados por el hábito bucal.
- Niños que cuenten con autorización para realizar el análisis

2.4.2 Criterios de exclusión

- Niños que no cuenten con la autorización de los padres
- Niños no cooperadores
- Niños que no presenten ningún hábito bucal
- Niños que no presenten repercusiones orales provocadas por hábitos bucales.
- Niños que se encuentren bajo tratamiento odontológico para corregir el hábito Bucal

2.5 METODOLOGÍA

La metodología que use es cualitativa y cuantitativa el tipo de investigación es descriptiva y experimental.

El presente estudio se realizó en la Unidad Educativa "Juan Pablo II" tomando un muestreo a niños entre la edad de 6 a 12 años a quienes se les hizo una exploración intraoral y extraoral buscando características que determinan la presencia de un hábito bucal como onicofagia, succión digital, labial y morder objetos, además de las repercusiones que estos hayan ocasionado en la cavidad oral, también poder determinar la frecuencia de estos hábitos bucales en el género femenino o masculino y edad en la que se presenta más seguido. Toda la información recabada se asentó en una historia clínica elaborada por la investigadora.

Teniendo en cuenta que los hábitos bucales son muchas veces primeras manifestaciones de algún problema psicológico del niño, ya sea alguna inseguridad o por tener problemas en casa, evaluaremos la presencia de estos hábitos bucales más repetitivo en edad escolar.

Esta investigación tiene como propósito orientar e informar a los padres de familia y profesores de dicha Unidad Educativa, para poder evitar y tratar de manera oportuna estos hábitos bucales, la información se difundirá por medio de un tríptico, con el

cual los padres y profesores tendrán noción de cómo diagnosticar y poder intervenir en la salud bucal del niño.

2.6 RECURSOS

Recursos Humanos: Colaboradores y la Investigadora

Recursos Materiales: Abatelenguas, Copias de historias clínicas, autorización para los padres y trípticos.

Instrumentales e indumentaria:

- Espejos bucales
- Guantes
- Barbijos
- Desinfectante

Vestimenta (uniforme)

- Ambo
- Pantalón
- Zapatos blancos

Recursos Tecnológicos: Computadora, cámara fotográfica y calculadora

Recursos Financieros: Todo el material utilizado en el estudio fue financiado por la investigadora.

2.7 CASOS CLÍNICOS EN LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CASO CLÍNICO N°1



Fig.1-2-3(A).-Paciente de 9 años con interposición de lengua que muestra la mordida abierta anterior con la lengua interpuesta entre incisivos definitivos superiores e inferiores



Fig.4-5(A).-Nótese la rejilla de alambre ubicada detrás de los incisivos que impide la proyección lingual entre los dientes.



Fig.6(A).-La rejilla se conforma doblando el alambre en asas



Fig.7-8(A).-Evolución del caso a los 6 meses con el aparato en boca, el mal hábito fue eliminado, se elimina la rejilla y se comienza la expansión maxilar.



Fig. 9(A).-Evolución del caso a los 9 meses. Nótese la relación de los incisivos superiores e inferiores, ahora en contacto, así con la forma de parábola del maxilar, gracias a la expansión realizada al maxilar y la neutroclusión canina, que se obtuvo con el tratamiento. Retiro de aparato.

CASO CLÍNICO N°2

Fig.1-2(B).-Paciente de 8 años con hábito de postura muestra una mordida abierta y pérdida de varios dientes temporarios

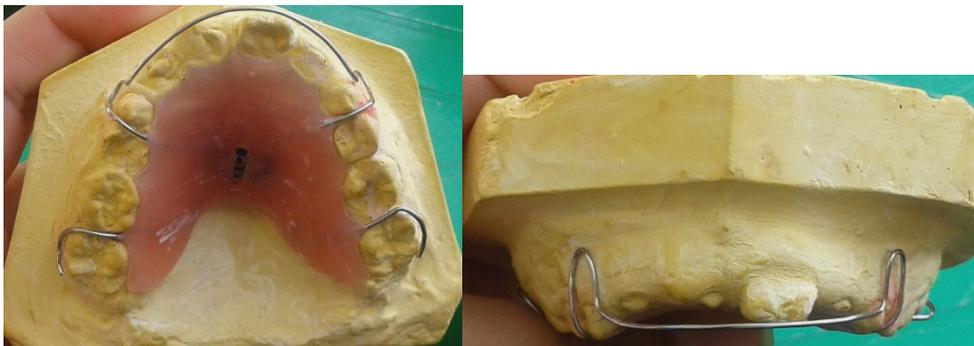


Fig.3-4(B).-Se le construye una placa de Hawley que utiliza también un expansor, pero con corte medio y en cada activación se intenta reposicionar la mandíbula ajustándose la línea media. Después de algunas activaciones, los dientes entran en oclusión aunque probablemente el paciente todavía desviará la mandíbula debido a las fuerzas musculares que no se adaptaron a la nueva posición



Fig.5-6-7-8(B).-Evolución del caso después de 5 meses con el aparato en boca, el hábito fue eliminado



Fig.9 (B).-Evolución del caso después de 8 meses con el aparato en boca se puede apreciar la forma que se le va dando a la arcada de acuerdo a la activación de la plaquita

CASO CLÍNICO N° 3



Fig.1-2(C).-Paciente de 10 años con hábito de succión de labio inferior produciendo una mala oclusión tanto en la arcada superior como inferior

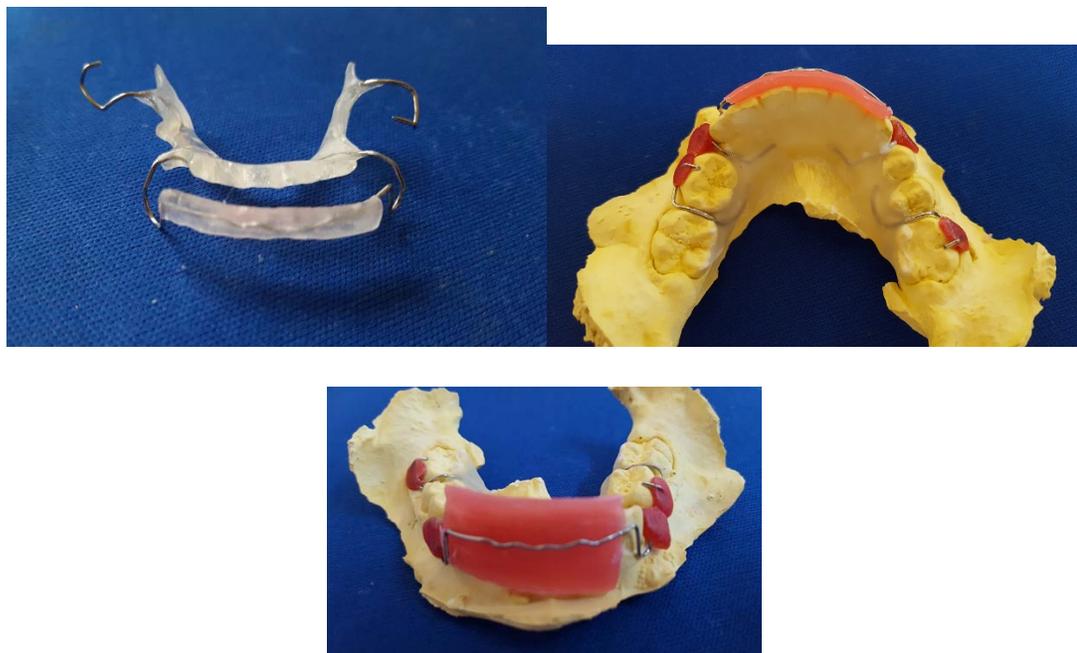


Fig.3-4-5(C).-Confeción de escudillo vestibular que se utiliza en pacientes con interposición de labio inferior



Fig.6-7(C).-Destaca la pantalla acrílica que separa los dientes de la mucosa interna del labio, protruyendo el labio inferior, e impide la presión del labio sobre los incisivos inferiores.

CASO CLÍNICO N°4



Fig.1-2-3-4-5(D).-Paciente de 7 años de edad respirador bucal, con presencia de pérdidas de dientes temporarios, y presencia de clase III de Angle



Fig.6 (D).-En la radiografía se observa la malposición de las piezas dentarias a erupcionar por falta de espacio, falta de formación radicular de los gérmenes de los dientes permanentes y ausencia del germen dentario de la pieza 44.





Fig.7-8-9-10-11-12(D).-Se realiza una placa Bite block y la máscara de delaire, diseñado para hacer levantamiento de mordida. Esta indicado en muchos de los pacientes respiradores bucales, cuando presentan un pobre desarrollo del piso nasal por falta de desarrollo transversal del maxilar.





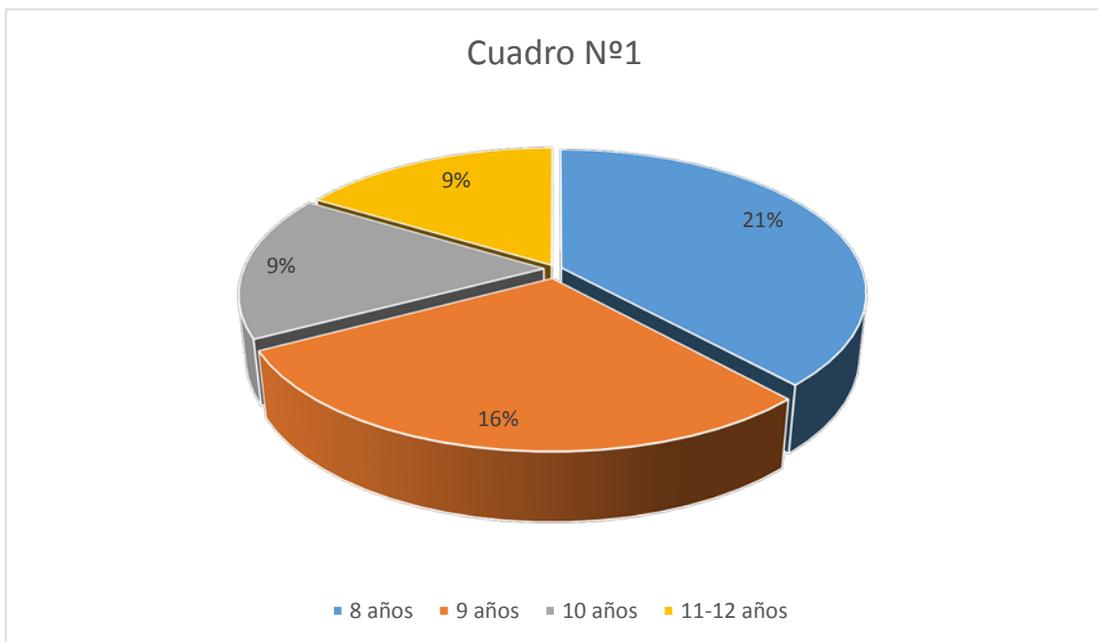
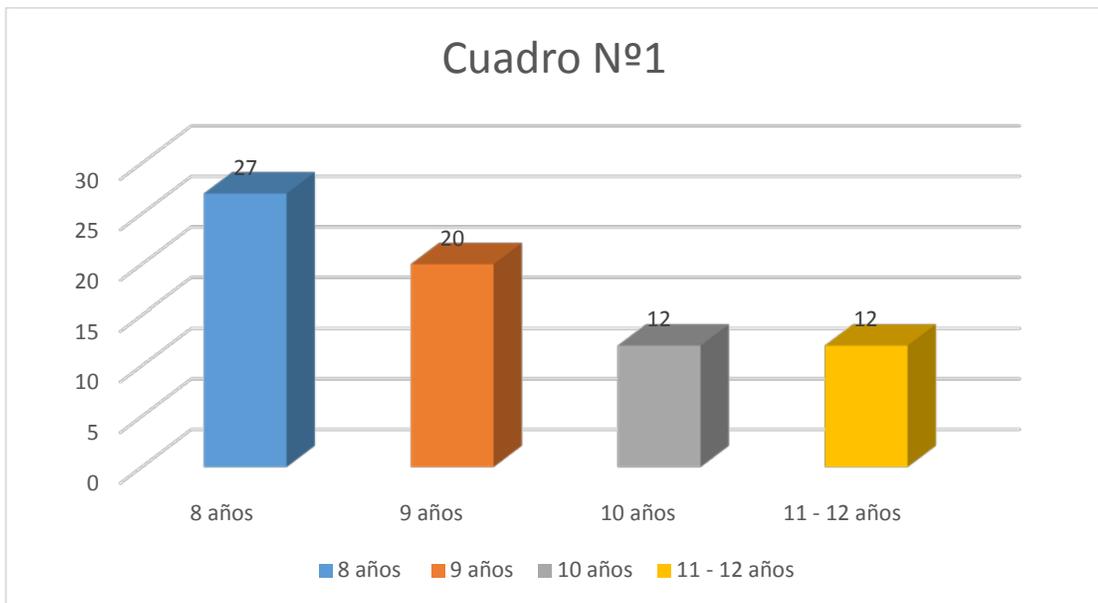
Fig.14-15-16-17(D).-Evolución del caso después de transcurridos 9 meses se pudo eliminar el hábito, y a medida que los dientes van erupcionando se va formando la arcada superior y retruyendo el maxilar inferior

CAPÍTULO III
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa. Una vez obtenido los datos serán ingresados al programa de Microsoft Excel versión 2013

3.2 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:



Evaluación de los Hábitos Bucales de acuerdo a cada clase de Angle

Cuadro N°1

Fuente.- Colegio Juan Pablo II

Autora.- Karen Leonor Ascuas Tolaba

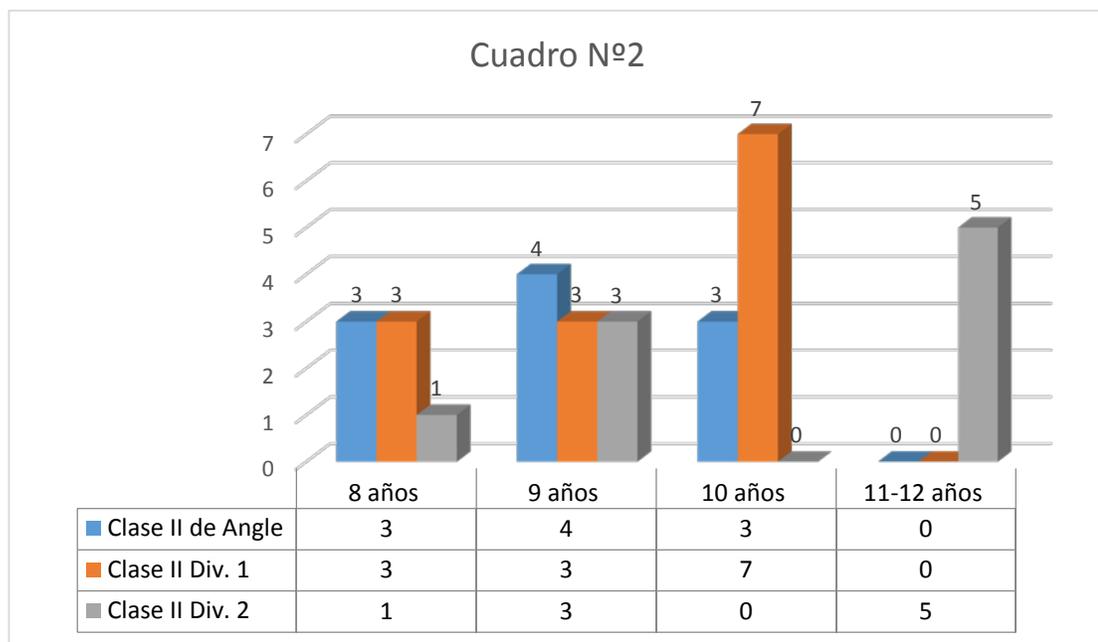
Interpretación: El grupo de niños(as) de 8 años de 27 estudiantes que equivale al 21% presentan Clase I de Angle.

El grupo de niños(as) de 9 años de 20 estudiantes que equivale al 16% presentan Clase I de Angle.

El grupo de niños(as) de 10 años de 12 estudiantes que equivale al 9% presentan Clase I de Angle.

El grupo de niños(as) de 11-12 años de 12 estudiantes que equivale al 9% presentan Clase I de Angle.

La muestra investigada en el Colegio Juan Pablo II es de 128 estudiantes niños, el 55% de niños(as) entre las edades de 8 a 12 años presentan clase I de Angle.



Cuadro N°2

Fuente.- Colegio Juan Pablo II

Autora.- Karen Leonor Ascuas Tolaba

Interpretación Clase II de Angle: El grupo de niños(as) de 8 años de 3 estudiantes que equivale al 2% presentan Clase II de Angle.

El grupo de niños(as) de 9 años de 4 estudiantes que equivale al 3% presentan Clase II de Angle.

El grupo de niños(as) de 10 años de 3 estudiantes que equivale al 2% presentan Clase II de Angle.

El grupo de niños(as) de 11-12 años de 3 estudiantes que equivale al 2% presentan Clase II de Angle.

La muestra investigada en el Colegio Juan Pablo II es de 128 estudiantes niños, el 9% de niños(as) entre las edades de 8 a 12 años presentan clase II de Angle.

Interpretación Clase II de Angle Div. 1: El grupo de niños(as) de 8 años de 3 estudiantes que equivale al 2% presentan Clase II Div. 1 de Angle.

El grupo de niños(as) de 9 años de 3 estudiantes que equivale al 2% presentan Clase II Div. 1 de Angle.

El grupo de niños(as) de 10 años de 7 estudiantes que equivale al 5% presentan Clase II Div. 1 de Angle.

El grupo de niños(as) de 11-12 años de 0 estudiantes que equivale al 0% presentan Clase II Div. 1 de Angle.

La muestra investigada en el Colegio Juan Pablo II es de 128 estudiantes niños, el 9% de niños(as) entre las edades de 8 a 12 años presentan Clase II Div. 1 de Angle.

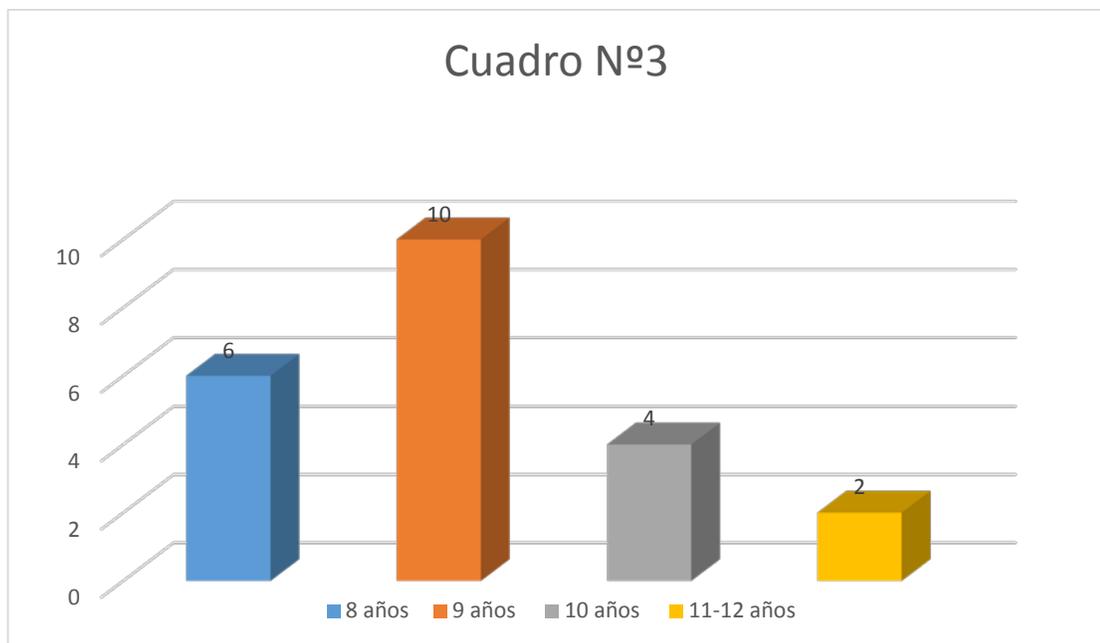
Interpretación Clase II de Angle Div. 2: El grupo de niños(as) de 8 años de 1 estudiantes que equivale al 1% presentan Clase II Div. 2 de Angle.

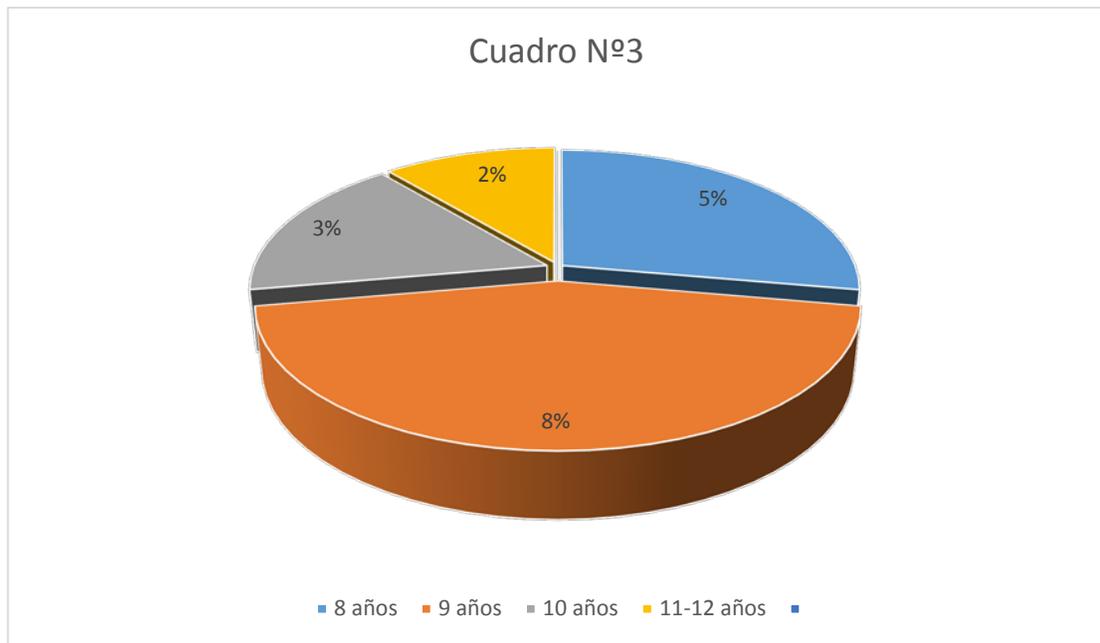
El grupo de niños(as) de 9 años de 3 estudiantes que equivale al 2% presentan Clase II Div. 2 de Angle.

El grupo de niños(as) de 10 años de 0 estudiantes que equivale al 0% presentan Clase II Div. 2 de Angle.

El grupo de niños(as) de 11-12 años de 5 estudiantes que equivale al 4% presentan Clase II Div. I de Angle.

La muestra investigada en el Colegio Juan Pablo II es de 128 estudiantes niños, el 7% de niños(as) entre las edades de 8 a 12 años presentan clase I de Angle.





Cuadro N°3

Fuente.- Colegio Juan Pablo II

Autora.- Karen Leonor Ascuas Tolaba

Interpretación Clase III de Angle: El grupo de niños(as) de 8 años de 6 estudiantes que equivale al 5% presentan Clase III de Angle.

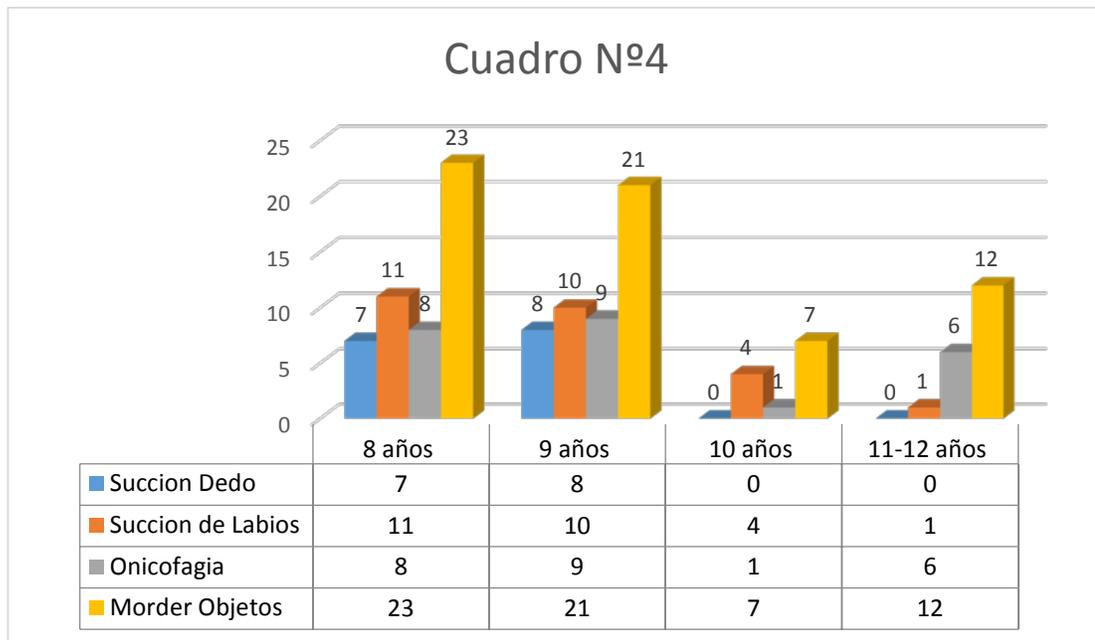
El grupo de niños(as) de 9 años de 10 estudiantes que equivale al 8% presentan Clase III de Angle.

El grupo de niños(as) de 10 años de 4 estudiantes que equivale al 3% presentan Clase III de Angle.

El grupo de niños(as) de 11-12 años de 2 estudiantes que equivale al 2% presentan Clase III de Angle.

La muestra investigada en el Colegio Juan Pablo II es de 128 estudiantes niños, el 18% de niños(as) entre las edades de 8 a 12 años presentan clase III de Angle.

La clase predominante fue la Clase I de Angle.



Evaluación de la presencia de Hábitos Bucales

Cuadro N°4

Fuente.- Colegio Juan Pablo II

Autora.- Karen Leonor Ascuas Tolaba

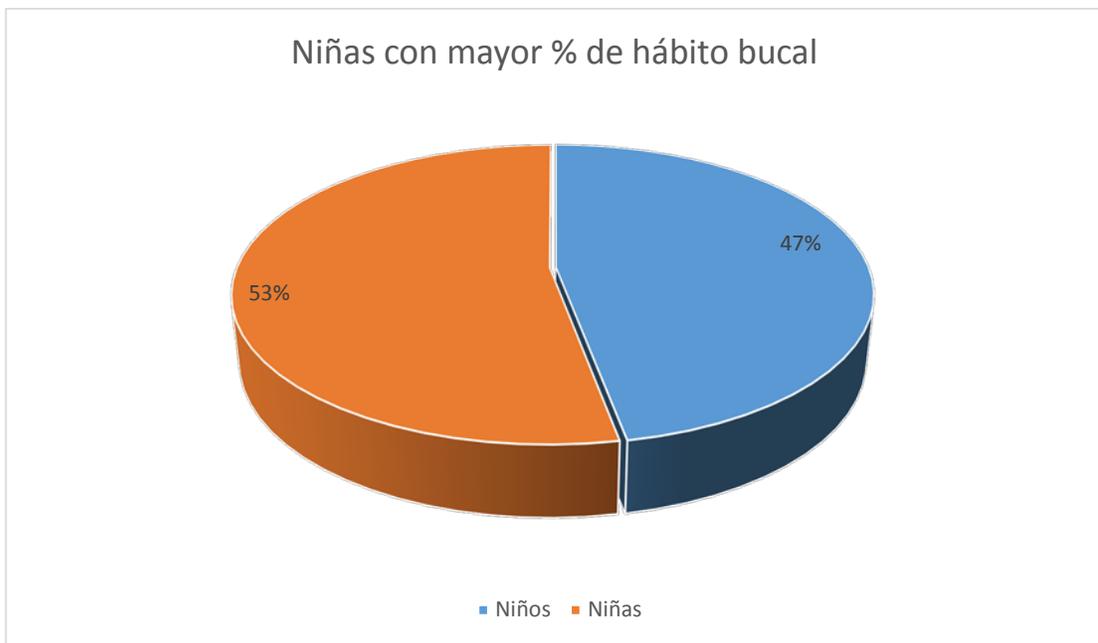
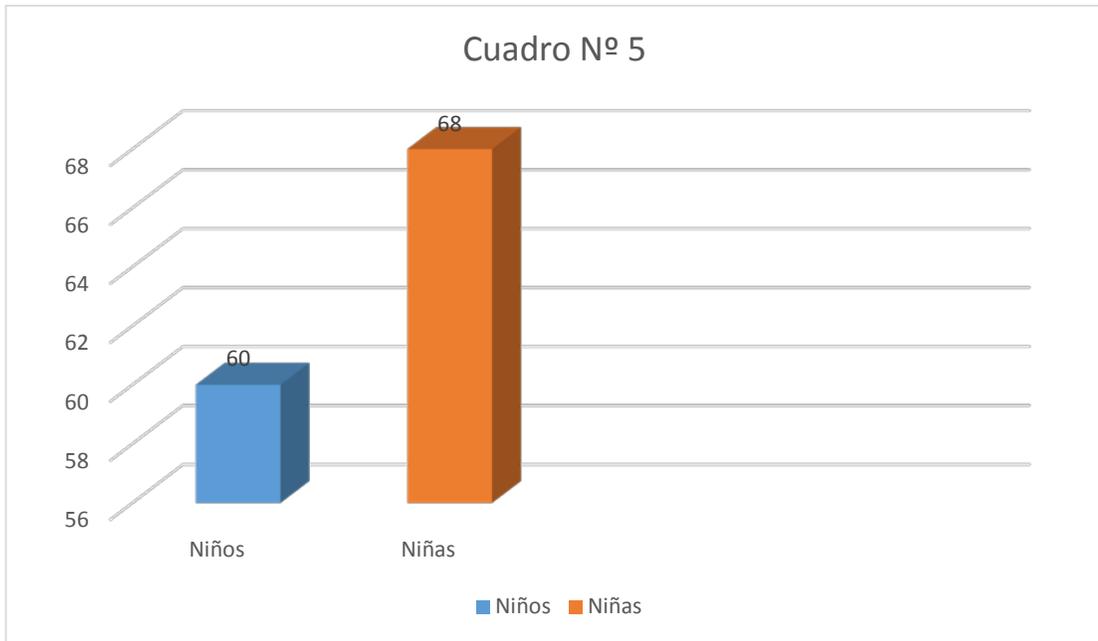
Interpretación: El grupo de niños(as) de 8 a 12 años de 15 estudiantes que equivale al 12% presentan el hábito de succión de dedo.

El grupo de niños(as) de 8 a 12 años de 26 estudiantes que equivale al 20% presentan hábito de succión de labios.

El grupo de niños(as) de 8 a 12 años de 24 estudiantes que equivale al 19% presentan onicofagia.

El grupo de niños(as) de 8-12 años de 61 estudiantes que equivale al 48% presentan hábito de morder objetos.

La muestra investigada en el Colegio Juan Pablo II es de 128 estudiantes niños, el hábito predominante es el de morder objetos y le sigue succión de labios, onicofagia y succión de dedo.



Evaluación de la presencia de Hábitos Bucles por género

Cuadro N°5

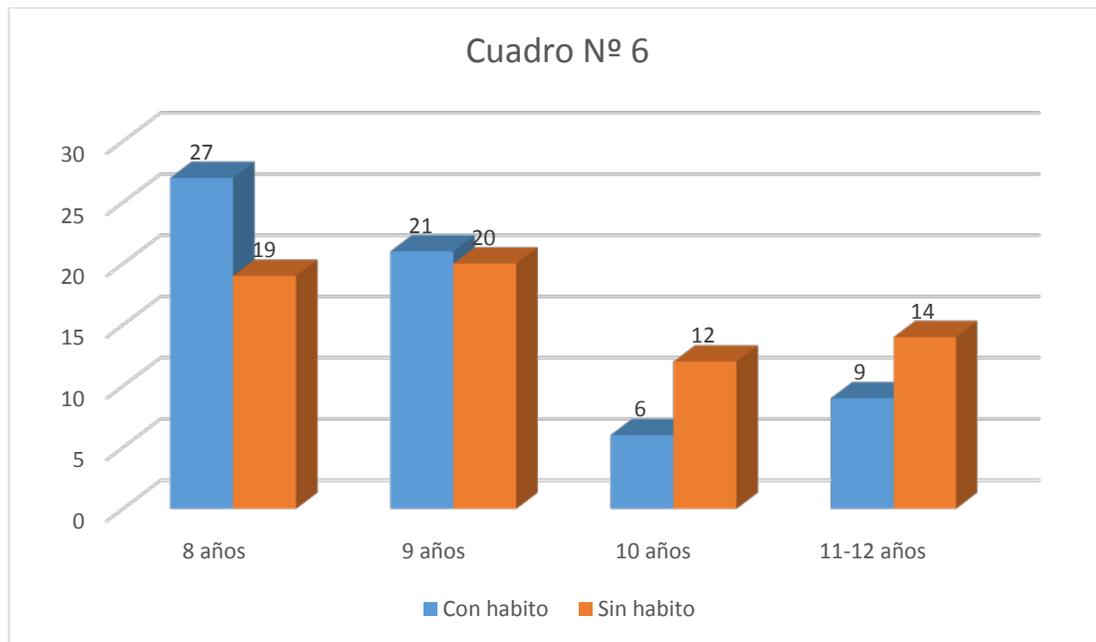
Fuente.- Colegio Juan Pablo II

Autora.- Karen Leonor Ascuas Tolaba

Interpretación: El grupo de niñas de 8 a 12 años de 68 estudiantes que equivale al 53% presentan mayor número hábitos bucales

El grupo de niños de 8-12 años de 60 estudiantes que equivale al 47% presentan menor número de hábitos bucales.

La muestra investigada en el Colegio Juan Pablo II es de 128 estudiantes niños, las niñas presentaron mayor hábito bucal a comparación de los niños que se estudiaron.



Muestreos Niños con hábitos bucales y sin hábitos bucales

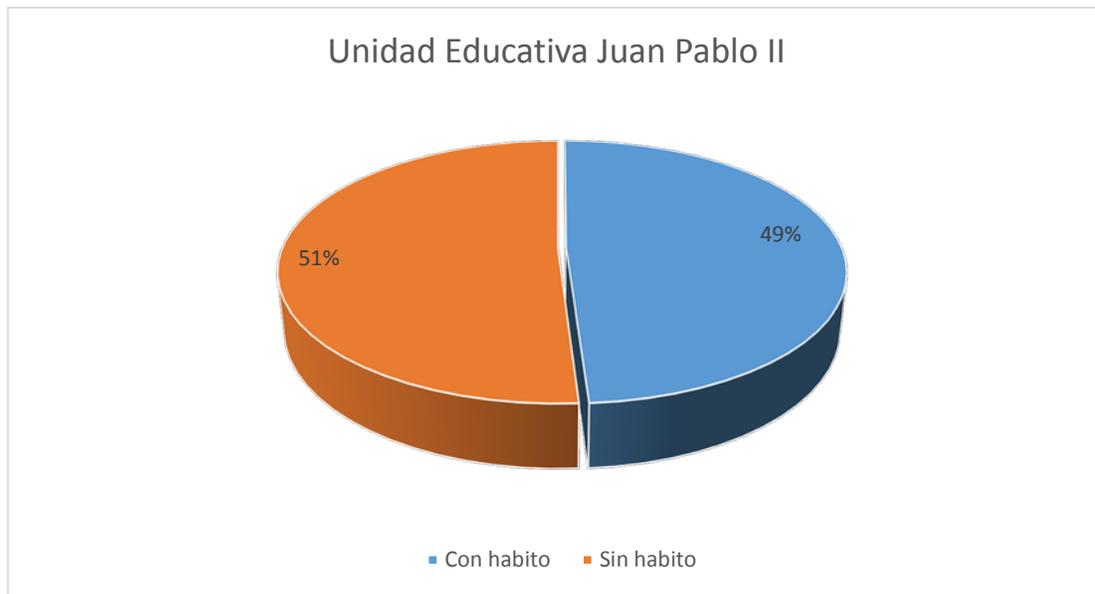
Cuadro N° 6

Fuente.- Colegio Juan Pablo II

Autora.- Karen Leonor Ascuas Tolaba

Interpretación: El grupo de niños (as) de 8 a 12 años de 63 estudiantes que equivale al 49% presentan hábito.

El grupo de niños(as) de 8-12 años de 65 estudiantes que equivale al 51% no presentan hábito.



Se aprecia que el 51% de niños de los cuales se estudiaron si presentan hábito bucales y un 49% no presentan hábitos bucales en total de la muestra de 128 niños que se estudiaron en la Unidad Educativa "Juan Pablo II" para obtener este muestreo.

3.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el tratado de Helsinki menciona que su principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber de la investigadora es solamente hacia el paciente o el voluntario, y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad, y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones, cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante.

La investigadora hizo llegar al padre o tutor del niño una autorización escrita en la cual se describía el propósito del estudio, además de cómo, cuándo y dónde se

realizaría éste. En esta investigación no se publicaran los nombres de los participantes, también en todo momento se mostró la flexibilidad de negarse o continuar con la participación en la evaluación, los datos recolectados serán confidenciales y los resultados serán publicados en la dirección de la Unidad Educativa para que tengan una copia de dicha evaluación.

FOTOS DE NIÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA "JUAN PABLO II" CON MAL POSICIONES DENTARIAS Y CON HÁBITOS DE SUCCIÓN DE LABIO Y MORDER OBJETOS



Niño de 11años



Niño de 10 años



Niña de 10 años



Niña de 8 años

CAPÍTULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Al realizar el análisis de resultados, se comprobó que el hábito más frecuente es el de succión de labios y el morder objetos, la clase más predominante fue la clase I de Angle; sin embargo, se pudo observar que se presentan mal posiciones dentro del arco dentario de dientes anteriores tanto, superiores como inferiores, también que es mayor el número de niñas con hábitos bucales de la Unidad Educativa “Juan Pablo II” del muestreo que se tomó.

Por lo cual, podemos concluir que los hábitos bucales como la succión de labio y morder objetos no influyen en la clasificación de Angle, pero si influye en alteraciones como giroversiones, apiñamiento, vestibularización, etc., de dientes anteriores.

La razón por la que realicé esta tesis fue con la finalidad de que esta investigación le brinde a la comunidad odontológica conocimientos para poder abordar adecuadamente los problemas de hábitos bucales su causa y efecto, su prevención su detección temprana para poder realizar un adecuado tratamiento sobre todo crear conciencia a los padres de familia y maestros del Unidad Educativa “Juan Pablo II”, que estos hábitos bucales pueden prevenirse o detectarse a tiempo para combatirlos y evitar que causen problemas más severos que implican tratamientos más largos y costosos.

4.2 RECOMENDACIONES

Diseñar e implementar programas de prevención y promoción de salud en conjunto con la comunidad para controlar factores de riesgo y así disminuir la incidencia y prevalencia de las maloclusiones desde edades tempranas.

En el hábito del biberón: disminuir y regular de forma periódica el uso de éste, disminuyéndolo paulatinamente, así mismo realizar cambios en el chupón y en el agujero brindándole líquidos más espesos que generen mayor activación de la musculatura oral. En esta transición se puede emplear otros utensilios como el vaso pitillo.

En la succión labial es importante: uso de lubricantes en los labios para disminuir resequeidad producida por la saliva y evitar dicho habito.

Hábito de morder de objetos extraños: adaptar a los objetos que se tienden a morder, elementos blandos que impidan el desgaste de la cúspide de los dientes, además realizar el tratamiento correctivo.

En la onicofagia (“comer uña”): el uso de esmaltes endurecedores o con sabores desagradables, que favorezcan el recuerdo de control del hábito.

En respiradores bucales lo primero de se debe hacer es eliminar el factor causal de la respiración bucal, y posteriormente rehabilitar la musculatura realizando ejercicios funcionales para fortalecer los músculos periorales. De esta manera se promueve al cierre de los labios.

En cualquiera de los casos descritos, consultar rápida y oportunamente al grupo de especialistas tanto como el ortodontista y el odontopediatra para diagnosticar y tratar las distintas alteraciones o hábitos bucales que se presente en el niño.