

ANEXOS

Anexo N° 1: Consentimiento Informado

Yo _____ identificado con C.I.N° _____ autorizo a la Univ.Karen Leonor Ascuas Tolaba a realizar la Ficha Odontológica y el Examen Clínico de mi hijo _____.

Me han informado acerca del estudio que se está realizando y su duración. Se informó que se realizará un examen clínico para determinar la Prevalencia de Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la Unidad Educativa "Juan Pablo II", el tiempo de duración será aproximadamente de 5 minutos por alumno.

El procedimiento se basa en determinar las maloclusiones dentarias causadas por hábitos bucales.

He comprendido las explicaciones que se me dio en el lenguaje claro y sencillo, también se me otorgó la posibilidad de hacer todas las observaciones del caso, dando aclaración a toda duda presente.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi autorización para que se realice este procedimiento.

Tarija,.....

Firma de la Universitaria

Firma del Apoderado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de familia:

Soy estudiante de la Universidad "Juan Misael Saracho", Facultad de Odontología y estoy realizando un estudio sobre la evaluación de la presencia de hábitos bucales en niños de edad escolar, como requisito para acreditar mi tesis de grado. El objetivo del estudio es determinar la frecuencia de la presencia de hábitos bucales como succión del dedo, labios y mordedura de uñas. Solicito su autorización para que su hijo (a) participe voluntariamente en este estudio.

El estudio consiste en llenar un perfil del estudiante y un cuestionario el cual contiene 21 preguntas. Le tomará contestarlo aproximadamente 5 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. La participación o no participación en el estudio no afectará la nota del estudiante. La participación es voluntaria. Usted y su hijo (a) tienen derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. No recibirá ninguna compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la dirección de la Unidad Educativa si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, puede comunicarse con la Univ. Karen Leonor Ascuas Tolaba al 60267614.

Si desea que su hijo participe, favor de llenar el talonario de autorización y devolver a la maestra del estudiante.

Preguntas o dudas sobre los derechos de su hijo (a) como participante en este estudio, pueden ser dirigidas a la Universidad Autónoma "Juan Misael Saracho", Facultad de Odontología.

Nombre investigadora: Univ. Karen Leonor Ascuas Tolaba

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para

UNIVERSIDAD AUTONOMA "JUAN MISAEL SARACHO"

que mi hijo (a)

participe en el estudio de la Univ. Karen Leonor Ascuas Tolaba sobre la "*Evaluación de la presencia de hábitos bucales en niños de edad escolar*". He recibido copia de este procedimiento.

Nombre y firma del padre de familia.

Anexo N° 2: Ficha Odontológica

Nombre:

Edad: Sexo:

Grado:

Fecha:

- 1) ¿Su hijo se chupaba el dedo cuando era bebé? SI__ NO__
- 2) ¿Actualmente se sigue chupando el dedo? SI__ NO__
- 3) ¿Qué dedo se chupa?
Pulgar__ Índice__ Medio__ Anular__ Meñique__ Varios dedos __
- 4) ¿Su hijo se chupa el dedo durante el día o durante la noche? _____
- 5) ¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo? SI__ NO__
- 6) ¿Su hijo respira por la boca? SI__ NO__
- 7) ¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo? SI__ NO__
- 8) ¿Ronca y tiene mucha salivación por las noches? SI__ NO__
- 9) ¿Se resfría constantemente? SI__ NO__
- 10) ¿Tiene rinitis alérgica? SI__ NO__
- 11) ¿Le han diagnosticado si tiene el tabique nasal desviado? SI__ NO__
- 12) ¿Tiene asma? SI__ NO__
- 13) ¿Le han diagnosticado amígdalas grandes? SI__ NO__
- 14) ¿Su hijo aprieta o frota los dientes? SI__ NO__
- 15) ¿Lo hace durante el día o la noche? SI__ NO__
- 16) ¿Se queja de dolor al despertar? SI__ NO__
- 17) ¿Su hijo se chupa el labio superior o inferior? _____
- 18) ¿Lo hace de día o de noche? _____
- 19) ¿En qué momento lo hace? _____
- 20) ¿Su hijo se muerde las uñas? SI__ NO__
- 21) ¿Lo hace siempre o a veces? _____

Anexo N° 3: Ficha Clínica

Nombre del alumno: Fecha de Nacimiento:

Edad: Sexo: Grado: Fecha:

	MOLAR DER.	CANINA DER.	MOLAR IZQ.	CANINA IZQ.
CLASE I				
CLASE II				
DIV 1				
DIV 2				
CLASE III				

Sobre mordida horizontal: Normal__ Borde a borde__ Cruzada__ Excesiva__

Sobre mordida vertical: Normal__ Abierta__ Moderadamente cerrada__ Severamente cerrada__

Mordida Abierta: Anterior__ Posterior__ Derecha__ Izquierda__ Dental__ Esquelética__

Mordida Cruzada: Anterior__ Posterior__ Unilateral__ Bilateral__

Mordida en Tijera: Posterior__ Unilateral__ Bilateral__

Espaciamiento: Anterior__ Posterior__

Apiñamiento: Ligero__ Moderado__ Severo__

Desviación Línea Media: Superior: Der.__ mm Izq.__ mm Inferior: Der.__ mm Izq.__ mm

Biotipo Facial: Meso facial__ Braquifacial__ Dolicofacial__

Labios: Competencia__ Incompetencia__ Evertido: S__ I__

UNIVERSIDAD AUTONOMA "JUAN MISAEL SARACHO"

Superior: Normal__ Corto__ Humectados__ Secos__

Inferior: Normal__ Corto__ humectados__Secos__

Tono de la musculatura: Normal__ Hipotónica__ Hipertónica__

Forma del arco: Paladar: Oval__ Cuadrado__ Triangular: __

Paladar: __ Normal__ Profundo__ Muy profundo__ simétrico__ asimétrico__

Lengua: Normal__ Microglosia__ Macroglosia__ Interposición anterior__

Interposición lateral__ No presenta__

Amígdalas: Normal__ Inflamadas__

Salud General: Buena__ Regular__ Mala__

Tejido gingival: Normal__ Gingivitis__ Hipertrofiado__

Dedo: Normal__ Arrugado__ Enrojecido__ Callo__ Deformado__

Uñas: Normales__ Cortas__ Muy cortas__

Facetas de desgaste: SI__ NO __

ANEXO N°4

LA ONICOFAGIA, SE DEFINE COMO UNA COSTUMBRE DE "COMERSE" LAS UÑAS, PUDIENDO PROVOCAR HERIDAS EN DEDOS, LABIOS Y ENCIAS ASI COMO EL DESARROLLO DE DIVERSAS INFECCIONES.



SUCCION DEL LABIO ES EL HABITO NOCIVO DE MORDERSE LOS LABIOS O LAS MEJILLAS, AFECTA EN LA DEGLUCION YA QUE NO HABRA UN SELLADO BUCAL NORMAL SINO UNA CONTRACCION DEL LABIO INFERIOR, EL CUAL SERA COLOCADO SOBRE LOS DIENTES SUPERIORES APLICANDO UNA FUERZA NEGATIVA QUE PROVOCARA UNA PROINCLINACION DE ESTOS.



UNIVERSIDAD AUTONOMA JUAN MISAEL SARACHO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS BUCALES EN NIÑOS DE ESDAD ESCOLAR DE 6 A 12 AÑOS



UNIVERSIDAD AUTONOMA
JUAN MISAEL SARACHO



Hábitos Bucales

LOS HABITOS BUCALES SON LAS CAUSAS DE LAS MALOCCLUSIONES O DEFORMACIONES DENTOMAXILOFACIALES. EL GRADO DE ALTERACIONES PRODUCIDAS DEPENDERA DE LA DURACION, INTENSIDAD Y FRECUENCIA DEL HABITO.

UNA MALOCCLUSION SE REFIERE AL MAL ALINEAMIENTO DE LOS DIENTES O LA FORMA EN QUE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES ENCAJAN ENTRE SI.



LO CUAL DESENCADENAN MUCHOS PROBLEMAS AL CUERPO, YA QUE AL NO PODER MASTICAR CORRECTAMENTE

LAS PERSONAS SUFREN DE PROBLEMAS GASTROINTESTINALES, ADEMÁS DE DAÑAR EL ASPECTO FACIAL



HAY DOS TIPOS DE HABITOS:

A) HABITOS FISIOLÓGICOS SON AQUELLOS QUE NACEN CON EL INDIVIDUO (MECANISMO DE SUCCION; MOVIMIENTOS CORPORALES; DEGLUCION Y RESPIRACION NASAL)



B) HABITOS NO FISIOLÓGICOS: SON AQUELLOS QUE EJERCEN FUERZAS CONTRA LOS DIENTES, ARCOS DENTARIOS Y TEJIDOS BLANDOS, ENTRE LOS CUALES TENEMOS LA SUCCION DEL DEDO, SUCCION LABIAL, ONICOFAGIA; ENTRE OTROS.



ESTOS HABITOS SUELEN CONSIDERARSE REACCIONES AUTOMÁTICAS QUE PUEDEN MANIFESTARSE EN MOMENTOS DE ESTRES, FRUSTRACION, FATIGAO ABURRIMIENTO, ASI COMO APARECE POR FALTA DE ATENCION DE LOS PADRES AL NIÑO(A), TENSIONES EN EL ENTORNO FAMILIAR E INMADUREZ EMOCIONAL.



EL HABITO DE CHUPARSE EL DEDO ES NORMAL AL PRINCIPIO DE LA VIDA PERO PUEDE LLEGAR A SER PATOLÓGICO SI SE ALARGA POR MAS TIEMPO.

