



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

**TEMA DE INVESTIGACIÓN:**

**PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES Y ALTERACIONES DENTARIAS  
EN ESCOLARES DE LA UNIDAD EDUCATIVA GLADYS CEDEÑO DE  
OLIVO.**

**AUTORA:**

**CRESPO BARRIGA MARÍA JOSÉ**

**TUTOR:**

**DR. HÉCTOR GONZALO GUZMÁN GALLARDO MSC.**

**GUAYAQUIL, JUNIO, 2020  
ECUADOR**



## CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontólogo /a, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad Piloto de Odontología, por consiguiente, se aprueba.

.....  
Dr. José Fernando Franco Valdiviezo, Esp.

**Decano**

.....  
Dr. Patricio Proaño Yela, M.Sc.

**Gestor de Titulación**



## APROBACIÓN DEL TUTOR

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo**, presentado por la Srta. **María José Crespo Barriga**, del cual he sido su tutor, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a.

Guayaquil junio 2020

Dr. Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo

CC:0908571870 Msc



## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **María José Crespo Barriga**, con cédula de identidad N°0503605685, declaro ante las autoridades de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil,

María José Crespo Barriga

CC. 0503695685



## **DEDICATORIA**

A Dios, por salud y la vida para poder cumplir mis metas.

A mis padres, Mari Barriga y Diego Crespo, por su dedicación, su cariño incondicional que me han brindado, sus innumerables consejos y otorgarme las herramientas necesarias mediante las cuales hoy puedo lograr mis metas.

A mi hermana Coraima Crespo, por haber sido un ejemplo cada día y apoyarme en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

A mi maestro Dr. Placido Navarrete, por su valiosa amistad y por impartirme su conocimiento no solo teórico sino práctico, lo cual es fundamental para el desarrollo profesional del estudiante.



## **AGRADECIMIENTO**

Al Lic. Jorge Ramírez por brindarme su confianza y permitirme ingresar a realizar mi trabajo de investigación en la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo.

Al Doctor Héctor Guzmán por ser mi guía en todo este proceso.



## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr. José Fernando Franco Valdiviezo, Esp.

**DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Presente.

A través de este medio índico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo **Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo** realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil junio del 2020

.....  
María José Crespo Barriga

CC: 0503605685

## INDICE GENERAL

Portada.....	i
Certificación de aprobación.....	ii
Aprobación del tutor .....	iii
Declaración de autoría de la investigación.....	iv
Dedicatoria .....	v
Agradecimiento .....	vi
Cesión de derechos de autor .....	vii
indice general.....	viii
Índice de tablas .....	xi
Índice de gráfico .....	xii
Resumen.....	xiii
Abstract.....	xiv
Introducción.....	1
Capítulo I.....	2
El problema .....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.1.1 Delimitación del problema.....	2
1.1.2. Formulación del problema .....	3
1.1.3. Preguntas de investigación.....	3
1.2 Justificación .....	3
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo General .....	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.4 Hipótesis.....	5



1.4.2. Operacionalización de las variables.....	6
Capítulo II.....	7
Marco teórico.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Fundamentación teórica .....	11
2.2.2. Etapas de dentición .....	12
2.2.2.1. Dentición Temporal.....	12
2.2.2.2. Dentición mixta .....	12
2.2.3. Planos terminales .....	13
2.2.4. Clasificación de Angle: Tipos de maloclusión .....	13
2.2.4.1. Clase I de Angle.....	13
2.2.4.2. Clase II de Angle.....	13
2.2.4.3. Clase II división 1 .....	13
2.2.4.4. Clase II división 2.....	13
2.2.4.5. Clase III.....	14
2.2.5 Descripción de los tipos de maloclusiones dentales en el plano trasversal y vertical .....	14
2.2.5.1. Maloclusiones transversales.....	14
2.2.5.2. Maloclusiones verticales .....	15
2.2.5.3. Maloclusión en el plano sagital .....	19
2.2.6. Hábitos bucales deformantes .....	20
2.2.6.1. Succión digital.....	20
2.2.6.2. Deglución normal.....	22
2.2.6.3. Deglución atípica .....	22
2.2.6.4. Respiración bucal .....	23
2.2.6.5. Onicofagia.....	26

2.2.6.6. Interposición del labio inferior .....	27
2.2.6.7. Interposición de objetos .....	27
Capítulo III .....	28
Marco metodológico .....	28
3.1 Diseño y tipo de investigación .....	28
3.2 Población y muestra .....	28
3.2.1. Población: .....	28
3.2.2. Muestra .....	29
3.2.2.1. Criterios de inclusión: .....	29
3.2.2.2. Criterios de exclusión: .....	29
3.3 Métodos, Técnicas e Instrumentos .....	30
3.3.1. Método .....	30
3.3.2. Técnica .....	30
3.4 Procedimiento de la Investigación .....	30
3.5 Análisis de Resultados .....	32
3.6 Discusión de los resultados .....	40
Capítulo IV .....	44
Conclusión y recomendaciones .....	44
4.1 Conclusiones .....	44
4.2 Recomendaciones .....	46
Referencias bibliográficas .....	47
Anexos .....	52

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución porcentual de la muestra de estudio según edad .....	32
Tabla 2 Distribución porcentual de la muestra de estudio según género según la edad. ....	33
Tabla 3 Distribucion porcentual de asociación según la edad y el hábito .....	34
Tabla 4 Distribución porcentual de asociación según el genero y el hábito .....	35
Tabla 5 Distribución porcentual de la prevalencia de maloclusión según su edad .....	36
Tabla 6 Distribución porcentual de prevalencia de la maloclusión según el género. ....	37
Tabla 7 Distribución porcentual de la prevalencia de hábitos bucales según la clasificación de Angle .....	38
Tabla 8 Distribución porcentual de prevalencia de maloclusiones transversales y verticales en relación a los hábitos bucales .....	39

## ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1 Distribución porcentual de la muestra de estudio según edad.....	32
Gráfico 2 Distribución porcentual de la muestra de estudio según género y la edad. ....	33
Gráfico 3 Distribución porcentual de asociación según la edad y el hábito .....	34
Gráfico 4 Distribución porcentual de asociación según en genero y el habito .	35
Gráfico 5 Distribución porcentual de la prevalencia de maloclusión según su edad .....	36
Gráfico 6 Distribución porcentual de la maloclusión según el generó .....	37
Gráfico 7 Distribución porcentual de la prevalencia de hábitos bucales.....	38
Gráfico 8 Distribución porcentual de prevalencia de maloclusiones transversales y verticales en relación a los hábitos bucales .....	40

## RESUMEN

Los hábitos bucales son acciones repetitivas, que dependiendo de factores como el tiempo, intensidad y duración causan maloclusiones. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en niños de 5 a 12 años de edad, en la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo del cantón Valencia. **Materiales y métodos:** Para la metodología se utiliza un enfoque cualicuantitativo, en una población de 250 niños y una muestra de 154, efectuando un estudio de campo, descriptivo, transversal y observacional, mediante el método científico, con técnicas e instrumentos, como las historias clínicas y observación directa. **Resultados:** Los hábitos bucales deformantes se encontraron en un 56%, siendo de mayor prevalencia en el género masculino. La deglución atípica es el hábito más frecuente, presentándose en un 18% de la población estudiada, la onicofagia en un 15%, seguido de la succión labial y digital con un 8%, presentándose en menor frecuencia la interposición de objetos. La mordida abierta anterior se presentó en un 25%, siendo de mayor prevalencia en el género masculino con un 23%. **Conclusiones:** La mordida abierta anterior presentó una elevada prevalencia, principalmente en niños de 11 a 12 años de edad en un 15%, la cual presentó mayor relación con la deglución atípica, seguido de la succión digital y labial. Los hábitos bucales deformantes y la maloclusión dentaria tienen una relación significativa, por lo cual es importante tener un diagnóstico y tratamiento a tiempo, para evitar alterar el sistema estomatognático.

**Palabras clave:** Hábitos bucales, niños, maloclusión.

## ABSTRACT

Oral habits are repetitive actions which depend on factors such as time, intensity and duration which lead to malocclusions. The objective of this study is to determine the prevalence of oral habits and dental alterations in children from 5 to 12 years of age, in the “Gladys Cedeño de Olivo” educational unit of the Valencia canton. The methodological design corresponds to a qualitative and quantitative approach. The population consists of 250 children whose sample is 154. Furthermore, this research is descriptive, cross-sectional and observational carried out by the scientific method through techniques and instruments such as clinical histories and direct observation. Results show deforming oral habits in 56%, being more prevalent in the male gender. Atypical swallowing is the most frequent habit corresponding 18% of the population, Onychophagy in 15%, followed by labial and digital suction in 8%, presenting less frequently the interposition of objects. Previous open bite was presented in 25%, being more prevalent in the male gender with 23%. In all, previous open bite had a high prevalence, mainly in children from 11 to 12 years of age 15%, thus being related to atypical swallowing, and followed by digital and labial suction. Deforming oral habits and dental malocclusion have a significant relationship, so it is important to have a diagnosis and treatment in time to avoid alterations in the stomatognathic system.

**Keywords:** Oral habits, children, malocclusion.

## Introducción

Muchos factores intervienen en las maloclusiones dentarias y su posición en los maxilares, entre ellos se encuentra los hábitos bucales no fisiológicos. Un hábito se define según la literatura científica como una acción repetitiva que genera una sensación de bienestar. Los hábitos bucales dependiendo de la intensidad, tiempo y duración pueden alterar las estructuras dentales y musculares, generalmente se inician de forma voluntaria, pero al prolongarse por un largo periodo de tiempo se transforman en acciones involuntarias. (Espinoza , Casas , & Campos , 2016)

Se pueden clasificar los hábitos bucales, en funcionales cuando estimulan el desarrollo correcto de las estructuras dentales que conforman el sistema estomatognático, tales como, la respiración nasal ,habla, masticación , deglución y los hábitos bucales no funcionales, cuando alteran el desarrollo normal de las estructuras maxilares, musculares, dentales y de los tejidos blandos, como lo son, la succión digital, labial, chupete, respiración bucal, deglución atípica o interposición lingual, interposición de objetos y onicofagia. (Espinoza , Casas , & Campos , 2016)

Cuando los hábitos bucales se vuelven persistentes en los niños de 3 años de edad en adelante, se debe asistir al especialista para poder brindar al paciente pediátrico un diagnóstico adecuado y temprano, para evitar el desarrollo de alteraciones dentales, debido a que interfieren en el desarrollo normal de las estructuras dentales y musculares. (Parra & Zambrano, 2018).

Por su elevada prevalencia según la organización mundial de la salud ocupan el tercer lugar en problemas de salud bucal. (Escobar, Ramírez, Ochoa, & Franco, 2016)

Las alteraciones dentarias y los hábitos bucales deformantes sin un diagnóstico y tratamiento temprano, pueden ocasionar efectos en los niños no solo físicos si no psicológicos, afectando su desenvolvimiento social.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

La prevalencia de los hábitos bucales deformantes causa alteraciones dentarias óseas y daños en los tejidos blandos. Debido a la falta de conocimiento de los padres de familia para prevenir y tratar a tiempo estas alteraciones bucales, el pronóstico es desfavorable, tomando en cuenta que por lo general su visita al odontólogo se lleva a cabo principalmente por enfermedades como la caries dental.

En los niños escolares de 5 a 12 años de edad, de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo, se pueden identificar este tipo de alteraciones bucales, lo cual es motivo de preocupación ya que afectan al sistema estomatognático y psicológico del niño.

#### 1.1.1 Delimitación del problema

**Tema:** Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo.

- ✓ **Objeto de estudio:** Pacientes escolares.
- ✓ **Campo de investigación:** Prevalencia mediante edad y género.
- ✓ **Línea de investigación:** Salud oral, Prevención, Tratamiento y Servicios de Salud.
- ✓ **Sublínea:** Epidemiología y Práctica Odontológica.
- ✓ **Área:** Pregrado



✓ **Lugar:** Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo.

✓ **Período:** 2019-2020 ciclo I

### **1.1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias, en niños de 5 a 12 años de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo?

### **1.1.3. Preguntas de investigación**

1. ¿Cuáles son los hábitos bucales más prevalentes según el género y la edad?
2. ¿En qué rango de edad y género son más usuales las maloclusiones dentales en niños de 5 a 12 años de la U. E. Gladys Cedeño de Olivo?
3. ¿Cuál es la maloclusión más prevalente según la clasificación de Angle relacionado con los hábitos bucales en los niños escolares de 5 a 12 años?
4. ¿Cuál es la relación que existe entre las maloclusiones transversales, verticales y los hábitos bucales?

## **1.2 Justificación**

El propósito de esta investigación es determinar la prevalencia de los hábitos bucales deformantes y alteraciones dentarias en los niños escolares, con el objetivo de obtener información actualizada y científica.

Los hábitos deformantes comienzan en la niñez, de esta forma se hace más difícil su eliminación debido a la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que es una tarea compleja el tratar de convencer al paciente del daño que ocasionan estas alteraciones. (Espinoza , Casas , & Campos , 2016)

Por lo general, los hábitos bucales deformantes son causantes de las maloclusiones dentales en niños, aunque su origen también puede ser por factores genéticos. (Espinoza , Casas , & Campos , 2016).

Según la organización mundial de la salud (OMS) las alteraciones dentales ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de la salud dental, después de las caries y enfermedades periodontales, en América Latina existen altos índices de prevalencia, conocer cuál es su frecuencia nos permitirá determinar métodos preventivos, que beneficien a los niños escolares y padres de familia. (Mercado & Tapia, 2018)

Hartley Angle E. reveló por primera vez que las anomalías faciales son resultado de las alteraciones oclusales, causando también problemas psicológicos, convirtiendo a los niños en personas con baja autoestima, lo cual afecta a su desarrollo frente a la sociedad, presentando un rendimiento académico bajo. (García , Soler , Silvia , Ledia , & García , 2016)

Existen diversos estudios acerca del tema, sin embargo, no hay antecedentes sobre esta población, en donde existe una cultura odontológica deficiente, por lo cual es misión de los futuros profesionales de la salud odontológica realizar estudios identificando los hábitos bucales deformantes y alteraciones dentarias, dejando así un aporte que se acoja a una realidad innata.

Cabe resaltar que es de gran importancia realizar esta investigación no solo para ver los resultados de una manera estadística, sino para fomentar una cultura de prevención odontológica en las instituciones escolares, lo cual beneficiara directamente a los profesionales odontólogos, alumnos, docentes de la facultad, quienes contarán con datos actualizados, permitiendo brindar una mejor atención en niños que presenten hábitos bucales parafuncionales, para eludir futuras complicaciones y llevar a cabo un tratamiento temprano.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares de 5 a 12 años de la UE. Gladys Cedeño de Olivo, en el periodo de 2019-2020 ciclo I.

### **1.3.2 Objetivos específicos.**

- ✓ Determinar cuáles son los hábitos bucales más prevalentes según el género y la edad.
- ✓ Identificar en qué rango de edad y género son más usuales las maloclusiones dentales, en niños de 5 a 12 años de la UE. Gladys Cedeño de Olivo.
- ✓ Relacionar las maloclusiones de Angle con los hábitos bucales en los niños escolares de 5 a 12 años.
- ✓ Relacionar las maloclusiones transversales y verticales con los hábitos bucales.

## **1.4 Hipótesis**

Los hábitos bucales están relacionados con las alteraciones dentales.

### **1.4.1. Variables**

#### **1.4.1.1. Independiente**

Hábitos bucales

#### **1.4.1.2. Dependiente**

Maloclusión

#### **1.4.1.3. Intermitentes**

Género, edad

## 1.4.2. Operacionalización de las variables

Denominación de la variable	Definición de la variable	Dimensión de la variable	Indicadores	Fuente
Hábitos Bucales Independiente	Actos repetitivos perjudiciales para la evolución correcta del sistema estomatognático.	Historia clínica de la catedra de Odontopediatría de la universidad de Guayaquil modificada.	Succión digital Succión labial Onicofagia Deglución atípica Interposición de objetos Respiración bucal	(Arias, y otros, 2018)
Clasificación de Angle Dependiente	Determinante de la relación anteroposterior de los molares permanentes.	Historia clínica de Odontopediatría modificada.	Maloclusión Clase I Maloclusión Clase II Maloclusión clase III	(Aguirre, 2017)
Maloclusiones dentarias en el plano transversal y vertical Dependiente	Se define como piezas dentarias en mal posición en el plano transversal y vertical.	Historia clínica de Odontopediatría modificada. Fotos	Mordida abierta anterior Sobremordida Bis a bis Mordida cruzada posterior Mordida profunda	(Escobar et al, 2016)
Género Independiente	Rasgos biológicos de cada persona	Historia clínica de Odontopediatría modificada.	Femenino Masculino	(Aguirre, 2017)
Edad Independiente	Tiempo determinado desde el nacimiento de los individuos	Rango de edad de los niños escolares	4 a 6 años 7 a 9 años 10 a12 años	(Arias, y otros, 2018)

Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes**

Se realizó un estudio de revisión, en donde se observaron historias clínicas de pacientes niños entre 5 a 12 años de edad, con el objetivo de establecer cuáles son los hábitos de mayor prevalencia en relación con el género y la edad, en la Universidad del Valle. En el estudio se tomó una muestra de 209 niños, 56% del género femenino y 44% del género masculino. En donde se determinó que el hábito más prevalente fue la respiración bucal con un 36%, seguido de la onicofagia en un 24%, siendo el grupo más afectado los niños entre 8 y 10 años, con mayor prevalencia en el género femenino. (Chamorro, y otros, 2016)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que las alteraciones dentales se encuentran en el tercer lugar entre los problemas de la salud bucal, llegando a nivel mundial a ocupar del 65% a 89% de la población. En América Latina según la organización mundial de la salud (OMS) se tiene una prevalencia del 80%, y en Ecuador en la ciudad de Cuenca - Monay se determinó una prevalencia del 85%. De acuerdo con la clase molar se determinó la prevalencia de la maloclusión según Angle, determinando la clase II con el 41,8%, la clase I con el 34,1 % y finalmente la clase III con un 19,9%. (Salinas , Urgiles, & Jiménez, 2017)

En otro estudio fue realizado por Fajardo en la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca con el objetivo de determinar la prevalencia de las alteraciones dentarias en niños escolares de 12 años de edad, se tomó una muestra de 252 niños de los cuales el 49% eran femeninos y el 51% masculinos, en donde participaron

escuelas fiscales y particulares. Dando como resultados que el 85% presento maloclusión, con mayor incidencia en el sexo femenino en escuelas fiscales en un 62% y en menor porcentaje en escuelas particulares en un 38%, tomando como referencia las alteraciones dentarias transversales y verticales. (Fajardo & González , 2016)

En cuanto a la maloclusión de Angle se determinó que la clase I fue la de mayor prevalencia en el género femenino y en las escuelas fiscales en un 68% al igual que en las particulares con un 54% y en menor frecuencia la clase II -2 en ambas instituciones. (Fajardo & González , 2016)

Se realizó un estudio, de revisión ordenada de 17 artículos completos, con el objetivo de determinar la prevalencia de los malos hábitos bucales en niños de 3 a 12 años de edad. En países de Sur y Centro América, dando como resultado mayor los hábitos deformantes en Cuba con un 78,18%, México y Colombia con 68,2% y 67%, Venezuela con el 56%, mientras en Ecuador se presentó una prevalencia del 52,6%. El hábito de mayor frecuencia es la onicofagia, en Venezuela con un 58%, en Colombia 24% y en México un 35%, mientras en Cuba hubo mayor prevalencia en la disfunción lingual en un 38,34%, en Perú 19,48%, en la respiración bucal en un 36% y la succión digital en Colombia en un 23,07 %, Ecuador y Venezuela con un 21,6% y 12%. (Parra & Zambrano, 2018)

Según la investigación realizada en la Clínica Dental 3 de Octubre en la Provincia de Tunas, con el propósito de observar las alteraciones dentales en pacientes de 6 a 11 años de edad pediátricos. Según el estudio se presentó mayor prevalencia en el género femenino en un 65,5% y masculino en un 34,5%. De acuerdo con la relación molar el 50% de pacientes presentaron clase de Angle I, seguido de la II con un 30.9% y con poca frecuencia la clase III con un 8,6%. (García , Soler , Silvia , Ledia , & García , 2016)

De acuerdo a Díaz se realizó un estudio descriptivo transversal para determinar los principales factores de riesgos de las maloclusiones dentales y su comportamiento. Se determinó una muestra de 182 niños de 5 a 11 años de edad divididos por rango de edad de 5 a 6, de 7 a 9 y de 10 a 11 años, en donde la maloclusión con mayor prevalencia la mordida abierta anterior con un 31,9%. El hábito bucal de mayor frecuencia fue respiración bucal en un 32,4%, seguido de la interposición lingual con un 30,8%. (Díaz, 2017)

En el año 2015, en el Colegio de Cirujanos Ortodontistas se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se evaluó la relación de las alteraciones dentales y los hábitos deformantes en niños de 3 a 5 años de edad, con una muestra de 148 niños y 161 niñas, presentando como resultados que el 22,9% de infantes tenía algún tipo de alteración dentaria y el 77,1% no presentaba, siendo la más persistente la mordida abierta con el 10%. Los hábitos bucales se presentaron en un 42%, siendo onicofagia la de mayor frecuencia en un 21,0%, succión digital 9,1%. (Salamanca & Murrieta, 2015)

Otro estudio realizado por Arias, se efectuó una investigación descriptiva transversal, comparando a las poblaciones de San Luis Potosí y Medellín a niños participantes en programas de ortodoncia preventiva, contando con un universo de 598 niños de 4 a 12 años, dividiéndose en la mitad para cada población. El hábito de mayor prevalencia fue la onicofagia en un 26,1%, seguido de la respiración bucal en un 18,6%, el bruxismo en un 11,0%, succión digital en un 10,7%, succión labial en un 10,2%, succión atípica 10,4%, introducción de objetos en un 10,7%, succión de biberón 3,2% y chupón 1,0%. Determinando mayor prevalencia de hábitos bucales en el género femenino. (Arias, y otros, 2018)

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la ciudad Santiago de Cuba con el objetivo de observar la prevalencia de las alteraciones dentales y los hábitos bucales. El estudio contó con una muestra de 122 niños de 4 a 6 años de edad, pertenecientes al Hospital Clínicoquirúrgico Docente. A los pacientes pediátricos

se les realizó el examen intrabucal, extrabucal y llenado de la ficha clínica odontológica. La prevalencia de hábitos bucales se determinó un total del 72,9%, siendo de mayor prevalencia la disfunción lingual 20,4% y la succión digital 16,5%. Referente a la edad hubo mayor frecuencia en niños de 4 años y género femenino con un 29,5%. (Cisnero & Cruz , 2017)

Álvarez en el 2016 menciona los hábitos bucales son muy frecuentes y multifactoriales, según el estudio observacional y transversal, en niños de 6 a 9 años con una muestra de 325, donde la muestra fue aleatoria. De acuerdo con los resultados el hábito bucal más prevalente fue el empuje lingual en el género femenino en un 52,7% y masculino en un 41%, seguido de la onicofagia que fue más prevalente en el sexo masculino con el 17%. (Álvarez , González , Ureña , & Rodríguez , 2016)

Las maloclusiones según el género relacionado fueron de mayor prevalencia el género femenino en un 60,2% y menor en el género masculino 50%. De acuerdo con la relación entre los hábitos bucales y las alteraciones dentales prevaleció la succión digital con un 87,5%, seguido de la respiración bucal en un 75,0% y por último la onicofagia con un 40,6%. (Álvarez , González , Ureña , & Rodríguez , 2016)

En el estudio descriptivo transversal sobre los hábitos bucales y alteraciones en el Policlínico Máximo Gómez, con una muestra de 132 niños divididos en 66 mujeres y 66 varones, se determinó que el hábito con mayor prevalencia fue el uso de biberón con un 69,69%, seguido de la interposición lingual con un 62,87% y la succión digital con un 45,45%. El género más prevalente en presentar alteraciones oclusales fue el masculino en pacientes con 6 años de edad con un 92,8%. (Mesa & Medrano, 2017)



## **2.2. Fundamentación teórica**

### **2.2.1. Definiciones**

#### **2.2.1.1. Oclusión dental**

La oclusión dental se define como el contacto de las arcadas dentales superior e inferior, en sentido correcto y manteniendo un equilibrio funcional entre las piezas dentales, maxilares, articulación temporomandibular y músculos. (Suárez, Castillo, Brito, Santana, & Vázquez, 2018).

#### **2.2.1.2. Maloclusión dental**

Las maloclusiones se precisan como la malposición dentaria y anomalías de las bases óseas, en relaciones estéticas y dinámicas con sus antagonistas o adyacentes. Su origen es multifactorial, en el que intervienen factores hereditarios, sistémicos y factores exógenos o circundantes como los malos hábitos bucales. (Suárez, Castillo, Brito, Santana, & Vázquez, 2018)

#### **2.2.1.3 Factores hereditarios**

De herencia familiar, en donde las maloclusiones según el estudio realizado por Torres existen en la Clase III, una correlación entre sus características morfológicas craneofaciales al superponer los trazados cefalométricos de padres e hijos; por lo tanto, concluyeron que hay una fuerte tendencia familiar en el desarrollo de estas maloclusiones. (Torres , 2017)

#### **2.2.1.4. Factores congénitos**

Se refiere a la influencia genética en donde existen alteraciones craneofaciales y dentales como, por ejemplo: niños con problemas de fisuras palatinas, en donde sus estructuras óseas y faciales se encuentran alteradas, además de presentar deficiencia masticatoria, muscular y respiratoria, generando una desarmonía en la oclusión dental. (Yépez, 2018)

### **2.2.1.5. Factores sistémicos**

Niños con problemas endocrinos o diabéticos.

### **2.2.1.6. Factores locales**

Las maloclusiones dentarias también se originan por factores locales como por ejemplo: anomalías dentales de forma o número, pérdida prematura de dientes deciduos o erupción tardía de las piezas dentales definitivas. (Yépez, 2018)

### **2.2.1.7. Factores ambientales**

Mendoza determino que los riesgos ambientales dependen de su frecuencia, duración e intensidad para alterar las estructuras óseas, dentales y faciales. (Mercado & Tapia, 2018)

## **2.2.2. Etapas de dentición**

### **2.2.2.1. Dentición Temporal**

La dentición primaria corresponde la erupción dental de los ocho incisivos, cuatro caninos, cuatro primeros molares superiores e inferiores, y termina la transición en el momento que erupción a el primer diente permanente. (Manns, 2011)

#### **2.2.2.1.1. Características de la dentición temporal:**

- ✓ Espacios primates.
- ✓ Overjet y overbite de 2 mm.
- ✓ Plano oclusal de forma plana. (Manns, 2011)

### **2.2.2.2. Dentición mixta**

Se determina al paso la dentición primaria y la permanente, el cual se denomina dentición mixta, cuando erupciona el primer molar permanente. (Manns, 2011)

**2.2.2.2.1. Dentición mixta primera fase:** Este periodo se encuentra entre los 5 y 6 años, con la erupción de los incisivos centrales y laterales. (Manns, 2011)

**2.2.2.2.2. Dentición mixta segunda fase:** Esta etapa se da con la erupción de los premolares y caninos, aproximadamente a los 10 años de edad. (Manns, 2011)

**2.2.2.3. Dentición permanente:** Se desarrolla a partir de los 12 años de edad, en donde empieza la erupción del segundo molar permanente, el mismo que realiza el último levante fisiológico de la oclusión dental. (Manns, 2011)

### **2.2.3. Planos terminales**

Indica la relación de la superficie distal de los segundos molares temporales, los mismos que determinarán la futura oclusión de las piezas dentales permanentes. (Manns, 2011)

### **2.2.4. Clasificación de Angle: Tipos de maloclusión**

Para Aguirre (2017) menciona los tipos de maloclusiones según la clasificación de Angle:

#### **2.2.4.1. Clase I de Angle**

La cúspide mesiovestibular del primer molar superior está colocada sobre el surco vestibular del primer molar inferior. (Aguirre, 2017)

#### **2.2.4.2. Clase II de Angle**

La cúspide mesiovestibular del primer molar superior hace contacto por delante del surco vestibular del primer molar inferior. (Aguirre, 2017)

#### **2.2.4.3. Clase II división 1**

Se caracteriza por presentar proclinación de los incisivos superiores y ampliación del resalte. (Aguirre, 2017)

#### **2.2.4.4. Clase II división 2**

Se caracteriza por presentar los incisivos superiores inclinados hacia palatino y disminución del resalte. (Aguirre, 2017)

### 2.2.4.5. Clase III

Cuando la cúspide mesiovestibular hace contacto por detrás del surco del molar inferior. (Aguirre, 2017)



Figura 1 Clasificación de Angle

Tomado de maloclusiones y hábitos deformantes por Arocha, 2016

### 2.2.5 Descripción de los tipos de maloclusiones dentales en el plano transversal y vertical

#### 2.2.5.1. Maloclusiones transversales

Las maloclusiones transversales se definen como la falta de crecimiento horizontal del maxilar o de la mandíbula, produciéndose alteraciones dentarias como, por ejemplo: las mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales. (Martínez , Tavizón , Sánchez, Sánchez, & Duron, 2019)

#### ***Mordida Cruzada Posterior***

La mordida cruzada posterior es una anomalía en el plano horizontal de las piezas dentales del sector posterior, se caracterizan por ocluir por lingual de sus cúspides vestibulares. Pueden clasificarse según su ubicación, unilaterales y bilaterales según su origen; esqueléticas cuando existe alguna alteración ósea, dentarias cuando su origen es dental y se produce generalmente en la erupción y funcionales cuando generan movimiento por algún tipo de interferencia buscando una ubicación funcional. (Peña, Reyes, & Téllez, 2019)

### ***Unilateral y bilateral***

Se considera mordida cruzada posterior unilateral cuando existe una alteración vestibulo-lingual, causando desarmonías en los arcos dentales y bilaterales cuando se afectan ambas hemiarquadas dentales generalmente ocasionado por atresia maxilar. (Peña, Reyes, & Téllez, 2019)

### ***Características clínicas***

- ✓ Las cúspides superiores vestibulares posteriores ocluyen en los surcos inferiores.
- ✓ Contacto prematuro de los caninos, por desplazamiento de la mandíbula con el propósito de encontrar una posición funcional. (Araújo, Coelho, Tavares de Carvalho, Soares, & Sousa, 2019)

Según su etiología está relacionado con factores congénitos, heredados, adquiridos, los malos hábitos bucales como el uso de chupete o biberón, respiración bucal, por un largo periodo de tiempo causan deformaciones faciales y alteran el desarrollo normal del maxilar superior e inferior. (Rodrigues & Lopes, 2016)

### ***Tratamiento***

Su tratamiento tendrá mayor éxito cuando se inicia en una edad temprana y constituye aparatología fija, expansores Quad Helix y de níquel titanio las cuales permiten el ensanchamiento del maxilar. (Peña, Reyes, & Téllez, 2019)

### **2.2.5.2. Maloclusiones verticales**

Las maloclusiones verticales son alteraciones que se originan en el plano vertical.

#### ***Overjet***

Se define al overjet como la distancia que se determina a partir del borde incisal de los incisivos superiores hasta la cara vestibular de los inferiores, clínicamente lo podemos determinar midiendo a nivel incisal, entre la cara labial del incisivo inferior y superior. Es positivo cuando el incisivo superior se encuentra delante

de su antagonista, sus valores normales se encuentran de 2 a 3 mm, es negativo cuando los incisivos superiores se encuentran detrás de los inferiores, y tiene un valor de 0 cuando se encuentra borde a borde. (Viteri , 2017)

### **Overbite**

Se determina a la distancia que va desde el borde incisal de las piezas dentales superiores al borde incisal de los incisivos inferiores. Se considera positivo cuando el borde incisal está por debajo del borde incisal inferior, neutro cuando se encuentra bis a bis y su valor es 0. (Rodríguez & White, 2008)

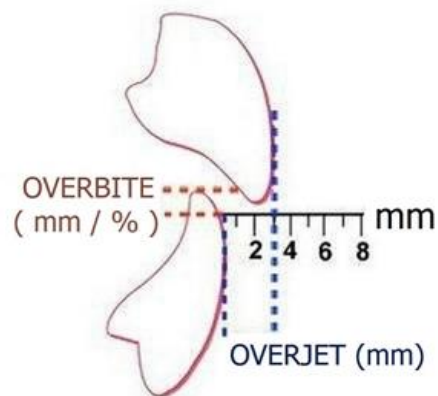


Figura 2 Overbite  
Tomado de Características oclusales por Escobar et al, 2016

### **Mordida abierta**

La mordida abierta anterior o posterior se define como la falta de oclusión de las piezas dentales anteriores y sus respectivos antagonistas. Se puede dividir en mordida abierta dentoalveolar y esquelética cuando excede los tres milímetros. (Leng, Muñoz, Veloso, Fernández, & Guinot, 2018)

### **Etiología**

- ✓ Factores hereditarios.
- ✓ Patología dental.
- ✓ Patología ósea.
- ✓ Hábitos de succión.
- ✓ Deglución atípica.

- ✓ Macroglosia.
- ✓ Respiración bucal.
- ✓ Hipotonicidad muscular.
- ✓ Patrón morfogénico vertical.

### ***Características clínicas***

- ✓ Las piezas dentales se encuentran espaciadas.
- ✓ Dientes superiores anteriores inclinados hacia vestibular y los inferiores inclinados hacia lingual.
- ✓ Relación molar y canina II.
- ✓ Overjet aumentado.
- ✓ Aumento vertical del rostro.
- ✓ Falta de competencia labial.
- ✓ Labio superior hipotónico.
- ✓ Musculatura tensa. (Leng, Muñoz, Veloso, Fernández, & Guinot, 2018)

### ***Tratamiento***

Terapia miofuncional, aparatología fija o removible y cirugía. Se puede utilizar un Hyrax realizado una expansión palatina y aparatología fija en el maxilar inferior con la técnica MBT. (Rodríguez, Hernández, Pomar , Rodríguez, & Orozco, 2016)

### ***Mordida abierta posterior***

La mordida abierta posterior se origina entre premolares y molares dejando un espacio en las superficies oclusales. Pudiendo ser unilateral o bilateral.

### ***Mordida profunda***

Cueto y Fernández determinan la mordida profunda como una alteración en sentido vertical, en donde las piezas dentales superiores sobrepasan los parámetros normales de las piezas dentales inferiores, se considera dentro de los parámetros normales cuando los incisivos superiores cubren un 20% los inferiores. (Cueto & Fernández, 2014)

## **Etiología**

Se debe a factores genéticos (alteración de los maxilares) y ambientales (hábitos bucales deformantes). Se clasifican en hereditarios; cuando existen antecedentes familiares; dentarios cuando los dientes anteriores superiores o inferiores se encuentran fuera de su línea ósea; esqueléticas cuando las estructuras maxilares se encuentran alteradas, observando un maxilar grande y una mandíbula pequeña. (Cueto & Fernández, 2014)

La mordida profunda causa en los pacientes deficiencia al momento de masticar los alimentos, alteración en la articulación temporomandibular, enfermedad periodontal, afecta al desarrollo normal de las estructuras óseas que conforman el sistema estomatognático. (Cueto & Fernández, 2014)

Se clasifica en: leve cuando los bordes de los incisivos ocluyen a nivel del tercio de sus piezas antagonistas; moderada cuando ocluyen los incisivos inferiores en la mitad de la cara posterior de los incisivos superiores; grave cuando existe una oclusión y cubre más de la mitad corona dentaria. (Cueto & Fernández, 2014)

## **Características clínicas**

- ✓ Alteración del periodonto debido a la oclusión del paciente.
- ✓ Aumento del overbite.
- ✓ Disminución del tercio inferior facial.
- ✓ Rigidez de los músculos peribucales.
- ✓ Rostro de perfil convexo.
- ✓ Tipo de perfil cóncavo, cuando el origen es esquelético.
- ✓ Clase II esquelética, muestra retrognatismo del maxilar inferior.
- ✓ Biotipo facial Braquiocefálico. (Mallqui, 2018)

## **Tratamiento**

Se debe realizar al paciente un tratamiento miofuncional, puede ser quirúrgico o no quirúrgico dependiendo del grado de afectación, aparatología fija o removible.



Placa bite plane, la cual ocluirá en conjunto con los incisivos inferiores, originando un crecimiento en sentido vertical. (Gurrola & Casasa, 2015)

### ***Mordida Borde a Borde***

Se caracteriza por presentar los bordes incisales superiores en contacto con las superficies de los incisivos inferiores, determinando un overjet y overbite con un valor de 0. El contacto de las piezas dentarias con el tiempo produce desgaste a nivel incisal, el cual se puede corregir con un tratamiento de ortodoncia. (Ypanaque & Luque , 2019)

## **2.2.5.3. Maloclusión en el plano sagital**

### **Mordida cruzada Anterior**

La mordida cruzada anterior se define como una anomalía oclusal en el sector anteroposterior, en donde existe un desequilibrio entre los dientes superiores e inferiores, por lo que no existe oclusión. (Mato, Pérez , Rodríguez , & González, 2016)

### ***Características clínicas***

- ✓ Perfil recto (clase I) o cóncavo (Clase III).
- ✓ Lengua protrusiva y descendente.
- ✓ Mentón pronunciado.
- ✓ Reducción del tercio interior.. (Hernández , Rodríguez , Silva, & García, 2015)

### ***Etiología***

Según Ruiz y Sáenz (2015) su origen puede ser por problemas esqueléticos, dentales y funcionales.

## **Tratamiento**

Debe ser tratada desde muy temprana edad, para evitar daños al sistema estomatognático principalmente a estructuras a nivel facial, cráneo, ATM, músculos. El paciente pediátrico con una dentición decidua o mixta su tratamiento está basado en un programa de ortodoncia y cirugía ortognática. La fase ortopédica consiste en colocar un aparato bite-block con un tornillo disyuntor que tiene como función la expansión del maxilar superior y protrusión mandibular. (Ruiz & Sáez, 2015)

### **2.2.6. Hábitos bucales deformantes**

Se define como hábito bucal a un suceso generando como una respuesta, el cual puede llegar a convertirse en una práctica continua repetitiva no fisiológica. El grado de las alteraciones producidas en el sistema estomatognático, dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Provocando alteraciones en el nivel dentomaxilar, que ocasionan como consecuencia maloclusiones dentarias. (Chamorro, y otros, 2016)

Su etiología dentro del sistema neuromuscular, puesto que no son más que patrones aprendidos de contracción muscular.

Entre los factores de riesgo encontramos, niños con familias disfuncionales sometidos algún tipo de problema emocional y falta de lactancia materna, lo que altera el desarrollo normal de las estructuras dentales y óseas del infante. (Méndez, Peña, Lagoa, Batista, & Carracedo, 2017)

#### **2.2.6.1. Succión digital**

La succión digital se define como el hábito más común de la población, el que se desarrolla a causa de una fijación oral, problemas emocionales, insatisfacción de la necesidad de succionar. Sus orígenes pueden tener sus inicios en la tercera semana de vida intrauterina. (Viteri , 2017)

Según Santana y Poma el hábito se diferencia en tres etapas:

- ✓ La primera, etapa es normal durante los 3 primeros años.

- ✓ La segunda, la cual comprende entre los 3 a 6 años, en donde el profesional debe llevar a cabo su plan de tratamiento.
- ✓ La tercera etapa, que comprende entre los 6 a 7 años, la cual es mucho más compleja de tratar por el tiempo transcurrido. (Santana & Poma, 2018)

### ***Características clínicas***

- ✓ Presencia de diastemas.
- ✓ Lingualización de los incisivos inferiores.
- ✓ Paladar estrecho y profundo muchas veces de forma triangular.
- ✓ Mordida cruzada en el sector posterior.
- ✓ Aumento del tercio inferior de la cara.
- ✓ Dedos de los niños con presencia de callosidades.
- ✓ Piezas dentarias en mal posición. (Santana & Poma, 2018)

### ***Tratamiento de la succión digital***

- ✓ Explicar a los pacientes con palabras sencillas los problemas que se pueden ocasionar si los hábitos persisten.
- ✓ Utilización de aparatos removibles o fijos (rejilla lingual).
- ✓ La placa Hawley ayuda a dar una sensación de satisfacción.
- ✓ Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral. (Santana & Poma, 2018).

### ***Succión de chupete***

Según la literatura un chupón es un objeto parecido al pezón materno, las madres lo utilizan para que el niño no llore, se duerma o genere algún tipo de satisfacción, constituyen una actividad normal durante los primeros meses de vida del niño, pero según estudios su utilización frecuente causa en los niños problemas como:

- ✓ Malformaciones dentarias principalmente mordidas abiertas anteriores.
- ✓ Infecciones producidas por hongos.

- ✓ Abandono de la lactancia materna.
- ✓ Succión digital.
- ✓ Trastornos del lenguaje. (Mena & Sánchez, 2019)

### **2.2.6.2. Deglución normal**

Se define como deglución normal al proceso complejo, coordinado por nervios, músculos, con el objetivo llevar alimentos hacia el estómago. Los recién nacidos utilizan la succión para llevar a cabo el proceso de la deglución, cabe destacar que el tipo de lactancia que tenga el recién nacido va a influir en la forma de deglutir, esto se debe a que la lactancia materna permite el correcto desarrollo de las estructuras dentarias, óseas y musculares. (Calvo, 2016)

Para González determinó que la deglución infantil es normal hasta la erupción de las piezas dentales anteriores, luego se establece una deglución madura hasta llegar a la deglución adulta, esta transformación se debe al cambio de alimentación y erupción, la cual se determina aproximadamente desde los 2 años hasta 3 años y medio de edad. (González , Santos , & Véliz , 2019)

### **2.2.6.3. Deglución atípica**

La deglución atípica se refiere a la mala posición de la lengua al momento de deglutir, en donde la lengua va a generar presiones en los dientes incisivos superiores. (Calvo, 2016)

Su etiología se determina por causas ambientales como: succión digital o de chupete, amígdalas alteradas, mordida abierta y en otros casos se da por pérdida dentaria. (González , Santos , & Véliz , 2019)

#### ***Características de la deglución madura***

- ✓ Labios relajados.
- ✓ Empuje lingual inapreciable.
- ✓ Piezas dentales en oclusión y musculatura fuerte. (Calvo, 2016)

### ***Características de una deglución inmadura***

- ✓ La parte anterior de la lengua se encuentra empujando la cara posterior de las piezas dentales principalmente los incisivos.
- ✓ Se observa la lengua al deglutir.
- ✓ Salida de alimentos.
- ✓ Sonidos al momento de ingerir los alimentos. (González , Santos , & Véliz , 2019)

### ***Método diagnóstico para identificar un paciente con deglución atípica***

El método de Melsen es una forma de comprobar si el paciente tiene una deglución normal o alterada. Si el paciente al momento de tragar la saliva o beber cantidades pequeñas de agua no contrae levemente los músculos que se encuentran alrededor de la cavidad bucal y ocluye sin interferencia de la lengua, se considera un paciente con una deglución normal (Rivera , Varriga, García, & Espinoza , 2019)

### ***Tratamiento***

El tratamiento es integral involucrando a especialidades como pediatría, ortodoncia, cirugía, ortopedia, terapia del lenguaje y terapia miofuncional, la cual tiene como objetivo desarrollar un correcto funcionamiento muscular, beneficiando al correcto desarrollo de la oclusión. (Jiménez, 2016)

#### **2.2.6.4. Respiración bucal**

Se define como la aspiración y espiración de aire, sobre todo por la boca, que se observa cuando existe obstrucción y congestión de los pasajes nasales.

Se determina también como la agrupación de signos y síntomas ante alguna anomalía patológica, provocando: asimetrías faciales, problemas posturales, disfunción respiratoria y alteraciones en la oclusión.

. (Loor , Bergara, Ubilla , & Moreira , 2018)

### ***Etiología***

Para Simoes (2015) manifiesta que la interrupción de las vías respiratorias, afecta a las estructuras óseas que forman la nariz y son parte del sistema respiratorio las cuales pueden ser:

- ✓ Exudaciones nasales excesivas.
- ✓ Hipertrofia de adenoides las mismas que van a impedir el paso del aire.
- ✓ Rinitis, amigdalitis, infecciones e inflamaciones.
- ✓ Respiradores bucales por hábito, esto quiere decir que estos pacientes en algún momento tuvieron problemas obstructivos que fueron eliminados, pero sin embargo el hábito siguió presente.
- ✓ Posición postural del paciente. (Simoes , 2015)

### ***Características más comunes en este tipo de pacientes son:***

- ✓ Falta de crecimiento de los huesos nasales.
- ✓ Aumento del último tercio de la cara (biotipo dolicofacial).
- ✓ Boca entre abierta.
- ✓ Ojeras.
- ✓ Labios entre abiertos.
- ✓ Hipertrofia muscular.
- ✓ Narinas pequeñas.
- ✓ Mejillas caídas.
- ✓ Labio superior hipotónico e inferior hipertónico.
- ✓ Queilitis.
- ✓ Succión digital. (Barrios , Gil, Reyes , & Cheda , 2015)

Todas estas características disfuncionales si no son corregidas a tiempo producen mordida abierta anterior y dislalias al momento de emitir palabras. (Barrios , Gil, Reyes , & Cheda , 2015)

### ***Características Bucales***

Mordida cruzada posterior unilateral y bilateral con mordida abierta anterior, Interposición lingual, protrusión de la arcada superior, incompetencia labial,

inflamación de las amígdalas, colocación baja de la lengua. (Loor , Bergara, Ubilla , & Moreira , 2018)

### **Síntomas**

- ✓ Tos seca por las noches.
- ✓ Disfunción respiratoria.
- ✓ Trastornos en la audición.
- ✓ Falta de atención.
- ✓ Mala postura (Loor , Bergara, Ubilla , & Moreira , 2018)

### **Tratamiento**

Se necesita un tratamiento integral, en donde actúan: el pediatra, otorrino, inmunólogo, odontólogo, fonoaudiólogo. Se puede utilizar un infant Trainer en niños de 2 y 5 años, puede ser usado durante la dentición temporaria. Permite el ejercicio dinámico que ayuda a la masticación correcta utilizando los músculos de la masticación, exige al infante a respirar por la nariz, proyectándolo a deglutir con la lengua en una adecuada posición. (Bernal, Quirós, & Quirós, 2017)

### ***Método diagnóstico para identificar un paciente con respiración bucal***

#### ***Reflejo nasal de Gudín***

Aragundi indica que se presiona ligeramente las alas nasales por 30 segundos, después soltamos ligeramente observando la dilatación de las mismas, si el paciente es respirador bucal presentara una dilatación escasa.

#### ***Prueba del algodón***

Se coloca un algodón por cada orificio nasal, observando la corriente de aire, si existe alguna obstrucción no observaremos el movimiento generado por la corriente de aire. (Aragundi , 2017)

### ***Espejo de Glatzel***

En la prueba se utiliza un espejo, que es utilizado por el otorrino, el cual posiciona el espejo bajo la nariz, se le pide al paciente que inspire el oxígeno y expire sobre el mismo, si se empaña el espejo de una forma pareja, nos indica que el paciente tiene una respiración fisiológica, al contrario, si su empañamiento es discontinuo nos indica que existe alguna alteración. (Aragundi , 2017)

Su tratamiento es complejo, por el motivo que el paciente necesita ayuda de varios especialistas dependiendo del caso en particular. Traumatólogo, con terapias de kinesiología, los cuales ayudan al paciente a mejorar su postura y respiración. (Aragundi , 2017)

El ortodoncista, para la colocación de aparatología fija o removible, como una pantalla vestibular para mantener la respiración nasal, también la utilización de Trainer para impedir el paso del aire por la cavidad bucal. Tratamiento miofuncional, para recuperar la estructura normal de los músculos, se le pide al paciente que sostenga entre sus labios un pedazo de tela sin presionarla con las piezas dentarias y que la lengua se encuentre hacia el paladar. (Aragundi , 2017)

### **2.2.6.5. Onicofagia**

Se define como el acto de morderse las uñas de una manera continua. (López, 2017)

#### ***Etiología***

Es un hábito adquirido generalmente en la infancia donde actúan nervios y músculos, principalmente en niños con problemas emocionales. (López, 2017)

#### ***Características clínicas:***

- ✓ Inflamación o infección alrededor de las uñas.
- ✓ Piezas dentales desgastadas en sus bordes incisales.
- ✓ Callosidades en la piel a largo plazo.
- ✓ Enrojecimiento de la piel.
- ✓ Enfermedad periodontal.



- ✓ Protrusión superior. (López, 2017)

La onicofagia como habito deformante es muy frecuente en niños de 4 a 6 años y menos probable en paciente con menos edad. Este hábito puede llegar a producir alteraciones dentarias, las cuales serán determinadas por el tiempo, si excede más de las 6 horas diarias será nocivo, la frecuencia determinará las veces en que el niño realiza la actividad. (Parra & Zambrano, 2018)

#### **2.2.6.6. Interposición del labio inferior**

Se define como el acto de interponer el labio inferior entre los dientes. (Santana & Poma, 2018)

##### ***Características clínicas***

- ✓ El cierre labial incompetente.
- ✓ Dientes inferiores se dirigen hacia lingual.
- ✓ Dientes superiores hacia vestibular.
- ✓ Labio superior reducido.
- ✓ Adelantamiento del maxilar superior.
- ✓ Retraso de la mandíbula.
- ✓ Labio inferior hipertónico.
- ✓ Labio superior hipotónico. (Santana & Poma, 2018)

Si el paciente presenta interposición lingual e interposición labial se le coloca una Lip Bumpe, la cual va a permitir la expansión de la mandíbula, porque separa el labio de las piezas dentarias. (Santana & Poma, 2018)

#### **2.2.6.7. Interposición de objetos**

Se define a la acción de ingresar objetos a cavidad bucal generalmente lápices, borradores, lo cual dependiendo del tiempo llegan a causar daños dentarios y maxilares. Los pacientes con estos hábitos pueden desarrollar mordidas abiertas o laterales. (Santana & Poma, 2018)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Diseño y tipo de investigación**

El diseño de la investigación es cualicuantitativa porque nos va a sintetizar los resultados en valores numéricos mediante la recolección de datos obtenidos de las historias clínicas, mediante la observación directa al paciente pediátrico, describiendo los datos obtenidos con detalle.

El tipo de investigación es descriptiva, de campo, observacional y transversal.

- **Descriptiva:** Se detalla las características de los hábitos bucales que se encontraron en la investigación realizada además la relación que se tiene con las alteraciones dentarias mediante la recolección de información.
- **De campo:** Se realiza el levantamiento de información en el lugar que se está suscitando el problema
- **Observacional:** Se establece un análisis mediante la observación clínica en los estudiantes
- **Transversal:** Se efectúa la investigación en un periodo determinado, en el ciclo II 2019 - 2020

#### **3.2 Población y muestra**

##### **3.2.1. Población:**

La población está conformada por niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo, con una totalidad de 250 estudiantes de edades entre 5 a 12 años de edad.

### 3.2.2. Muestra

La muestra será determinada mediante la siguiente formula, donde

N= Población

n= tamaño de muestra

e= error (0.05)

$$n = \frac{N}{(E)^2 * (N - 1) + 1}$$

Reemplazando

$$n = \frac{250}{(0.05)^2 * (250 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{250}{(0.0025) * (249 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{250}{1.6225}$$

$$n = 154$$

#### 3.2.2.1. Criterios de inclusión:

- Niños de 5 a 12 años de la institución educativa Gladys Cedeño de Olivo.
- Niños que no presenten pérdidas de molares permanentes.
- Niños que no presenten pérdidas de los molares temporarios.
- Niños que tengan autorización mediante el consentimiento informado.

#### 3.2.2.2. Criterios de exclusión:

- ✓ Niños con síndromes, retraso mental, labio y paladar fisurado.
- ✓ Niños con tratamiento de ortopedia, ortodoncia y prótesis fija o removible
- ✓ Niños que hayan sido tratados con tratamiento de ortodoncia u ortopedia.
- ✓ Niños con pérdida de molares o piezas dentales por caries de la infancia.

### **3.3 Métodos, Técnicas e Instrumentos**

#### **3.3.1. Método**

- **Científico:** Se plantea un problema en el que se desea conocer si los hábitos bucales se relacionan con las alteraciones bucales.
- **Observacional:** mediante la observación directa al paciente y recolección de datos.

#### **3.3.2. Técnica**

- Revisión de historias clínicas: mediante este instrumento ayudará a levantar la información que se requiere en la investigación.
- Observación: Se realiza una exploración de la boca de los niños.

### **3.4 Procedimiento de la Investigación**

1. Se realizó una solicitud dirigida al rector de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo, para realizar el proceso de investigación.
2. Reunión con las autoridades y los profesores de la institución, en donde se indicó el procedimiento y se dictó una charla acerca de las consecuencias que se presentan los niños a causa de los malos hábitos bucales y sus alteraciones, entregándoles el consentimiento informado, el cual debía ser enviado a los padres de familia mediante los niños y entregado máximo en una semana.
3. Firmada la autorización por los padres de familia, se les explico a los niños sobre la importancia del cuidado de cavidad bucal y como los hábitos que pueden afectar sus estructuras.
4. Se realizó el diagnóstico clínico de los niños, en el aula mediante luz natural, utilizando las medidas de bioseguridad. Para el examen intrabucal y extrabucal se utilizó mesas, sillas, campos estériles, espejos bucales, gasas, algodón, guantes, abrebocas, pinzas de diagnóstico, alcohol.

Para llenar la ficha clínica se realizaron pruebas diagnósticas:

- Prueba del algodón, para determinar si el paciente tiene una respiración normal o alterada.
- Para determinar el patrón de la deglución, se utilizó el método de Melsen, en donde se le pide al niño que trague saliva, en el cual se debe observar una deglución normal cuando el paciente tiene contacto normal con las piezas dentarias y la posición de la lengua no interfiere en el momento de la oclusión dental.
- Revisión de las uñas, para ver si el paciente presenta uñas cortas e irregulares.
- Revisión de los dedos, para observar presencia de callosidades o rugosidades.

### 3.5 Análisis de Resultados

**Tabla 1 Distribución porcentual de la muestra de estudio según edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
5 – 7 años	36	23 %
8 – 10 años	45	29 %
11 – 12 años	73	48 %
Total	154	100 %

Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Gráfico 1**



Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Análisis:**

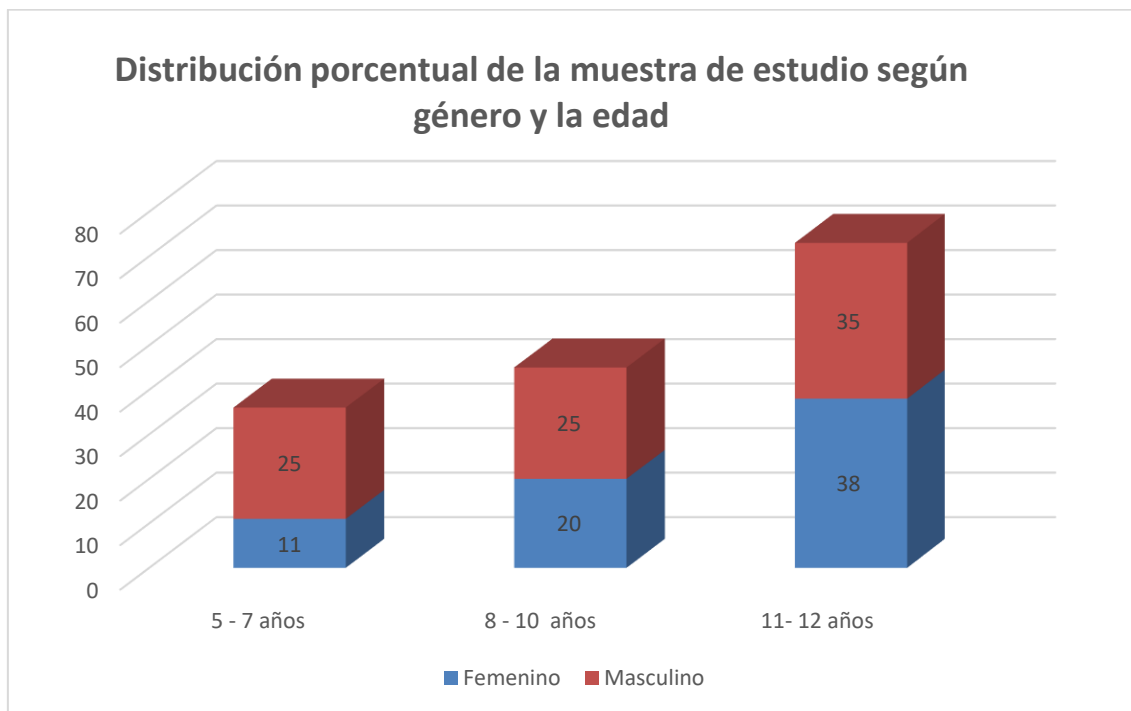
Se observa una muestra dividida por tres grupos de edades, la más alta es 48% con estudiantes de 11 – 12 años, seguido del 29% con estudiantes de 8 a 10 años y la más baja es de 23% de 5 – 7 años.

**Tabla 2 Distribución porcentual de la muestra de estudio según género y la edad.**

Sexo \ Edad	5 -7 años	%	8- 10 años	%	11- 12 años	%	Total	%
Femenino	11	7 %	20	13 %	38	25 %	69	45%
Masculino	25	16 %	25	16 %	35	23 %	85	55%
Total	36	23 %	45	29%	73	48 %	154	100%

Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Gráfico 2**



Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Análisis:**

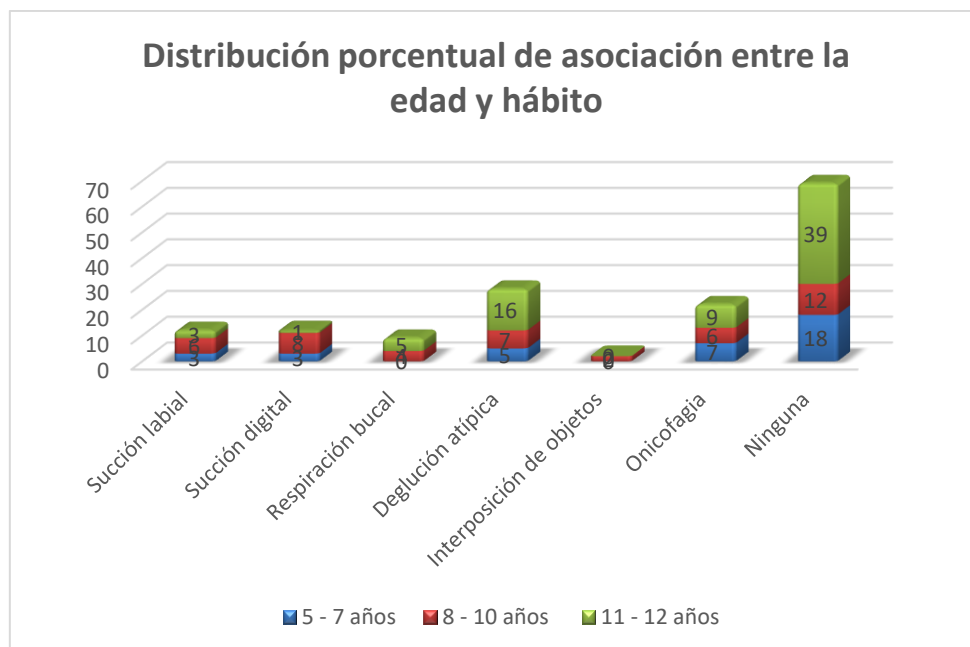
De acuerdo con el gráfico 2 puede apreciarse que existe mayor número de niñas en la edad de 11 a 12 años en un 48%, pero en el grupo de 5 – 7 años y de 8– 10 años la prevalencia es mayor en niños con un 69% y 56 % respectivamente.

**Tabla 3 Distribución porcentual de asociación entre la edad y hábito**

Hábitos \ Edad	5-7 años	%	8-10 años	%	11-12 años	%	Total	%
Succión labial	3	2 %	6	4 %	3	2 %	12	8%
Succión digital	3	2 %	8	5 %	1	1 %	12	8%
Respiración bucal	0	0 %	4	3 %	5	3 %	9	6%
Deglución atípica	5	3 %	7	5 %	16	10 %	28	18%
Interposición de objetos	0	0 %	2	1 %	0	0 %	2	1%
Onicofagia	7	5 %	6	4 %	9	6 %	22	14%
Ninguna	18	12 %	12	8 %	39	25 %	69	45%
Total	36	23%	45	30%	73	47%	154	100%

Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Gráfico 3**



Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Análisis:**

En el gráfico 3 se observan los diferentes hábitos de acuerdo a la edad teniendo más prevalencia la onicofagia con un (5%) en niños de 5 a 7 años, la succión digital junto con la deglución atípica fueron las más prevalentes en niños de 8 a 10 años con el (5%), en niños de 11 a 12 años se presenta con mayor prevalencia la deglución atípica con un 10% .Según los resultados existe mayor prevalencia de la deglución atípica debido a que los niños presentaban en su gran mayoría mordida abierta anterior.

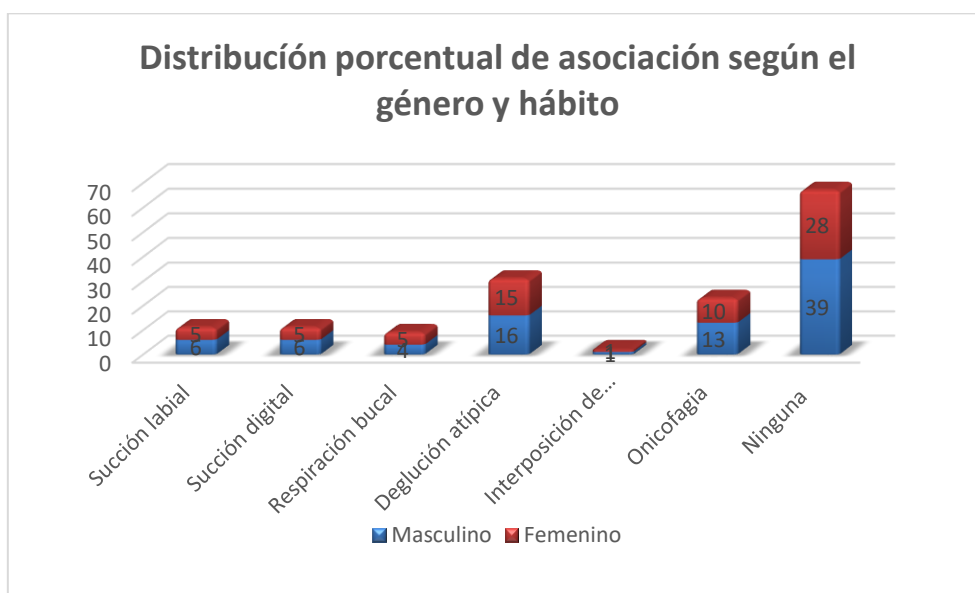


**Tabla 4 Distribución porcentual de asociación según el género y hábito**

Hábitos	Género		Género		Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Succión labial	6	4 %	5	3 %	11	7%
Succión digital	6	4 %	5	3 %	11	7%
Respiración bucal	4	3 %	5	3 %	9	6%
Deglución atípica	16	10 %	15	10 %	31	20%
Interposición de objetos	1	1 %	1	1 %	2	1%
Onicofagia	13	8 %	10	7 %	23	15%
Ninguna	39	25 %	28	18%	67	44%
Total	85	55%	69	45%	154	100%

Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Gráfico 4**



Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Análisis:**

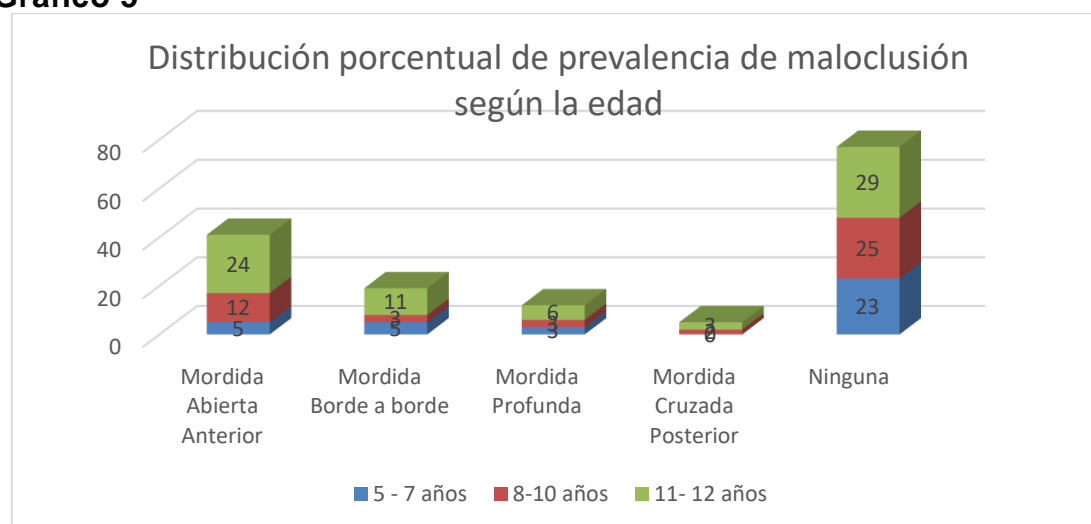
En el gráfico 4 se puede observar que el hábito más prevalente según el género es la deglución atípica con el 10% para el género masculino y femenino, seguido por la onicofagia con un 8% masculino y 7% femenino, la succión labial y digital con un 4% para el género masculino y 3% para el género femenino. El hábito menos prevalente fue la intercepción de objetos con una prevalencia del 1%. No existe una diferencia muy significativa entre la prevalencia según el género, debido a que fue tomada aleatoriamente anqué la población femenina y masculina fue similar.

**Tabla 5 Distribución porcentual de prevalencia de maloclusión según su edad**

Maloclusiones \ Edad	5-7 años	%	8-10 años	%	11-12 años	%	Total	%
M. Abierta Anterior	5	3 %	12	7 %	24	15 %	41	27%
M. Borde a borde	5	3 %	3	2 %	11	7 %	19	12%
M. Profunda	3	2 %	3	2 %	6	4 %	12	8%
M. Cruzada Posterior	0	0 %	2	1 %	3	2 %	5	3%
Ninguna	23	15 %	25	16 %	29	19 %	77	50%
Total	36	23%	45	30%	73	47%	154	100%

Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Gráfico 5**



Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Análisis:**

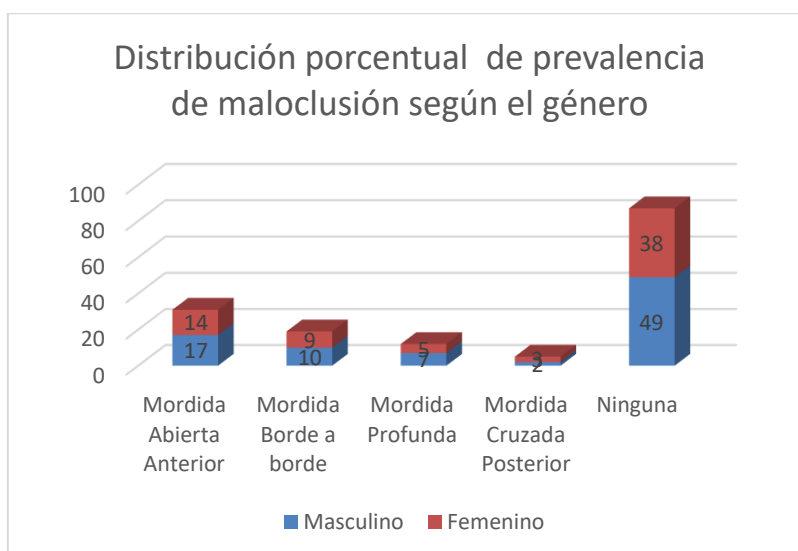
En este gráfico se puede observar que el 50% de los niños en todas las edades no presentan alteraciones dentarias, la maloclusión más prevalente fue la mordida abierta anterior con el 15% en niños de 11 a 12 años, de 8 a 10 años en un 7% y en un 3% en edades entre 5 a 7 años, seguida por mordida borde a borde con un 7%,2%,3% respectivamente. Las maloclusiones menos prevalentes fueron en los tres grupos la mordida cruzada posterior con un 2% en niños de 11 a 12 años y 1% en niños de 8 a 10 años. Existe una mayor prevalencia en el total de la muestra, en la mordida abierta anterior, esto se debe a que existen hábitos como la succión digital, deglución atípica y succión labial, los cuales, dependiendo de la intensidad, el tiempo y frecuencia producen estas alteraciones oclusales.

**Tabla 6 Distribución porcentual de prevalencia de la maloclusión según el género.**

Maloclusión \ Género	Masculino		Femenino		Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
M. Abierta Anterior	17	11 %	14	9 %	31	20%
M. Borde a borde	10	6 %	9	6 %	19	12%
M. Profunda	7	5 %	5	3 %	12	8%
M. Cruzada Posterior	2	1 %	3	2%	5	3%
Ninguna	49	32 %	38	25%	87	57%
Total	85	55 %	69	45 %	154	100%

Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Gráfico 6**



Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

### Análisis

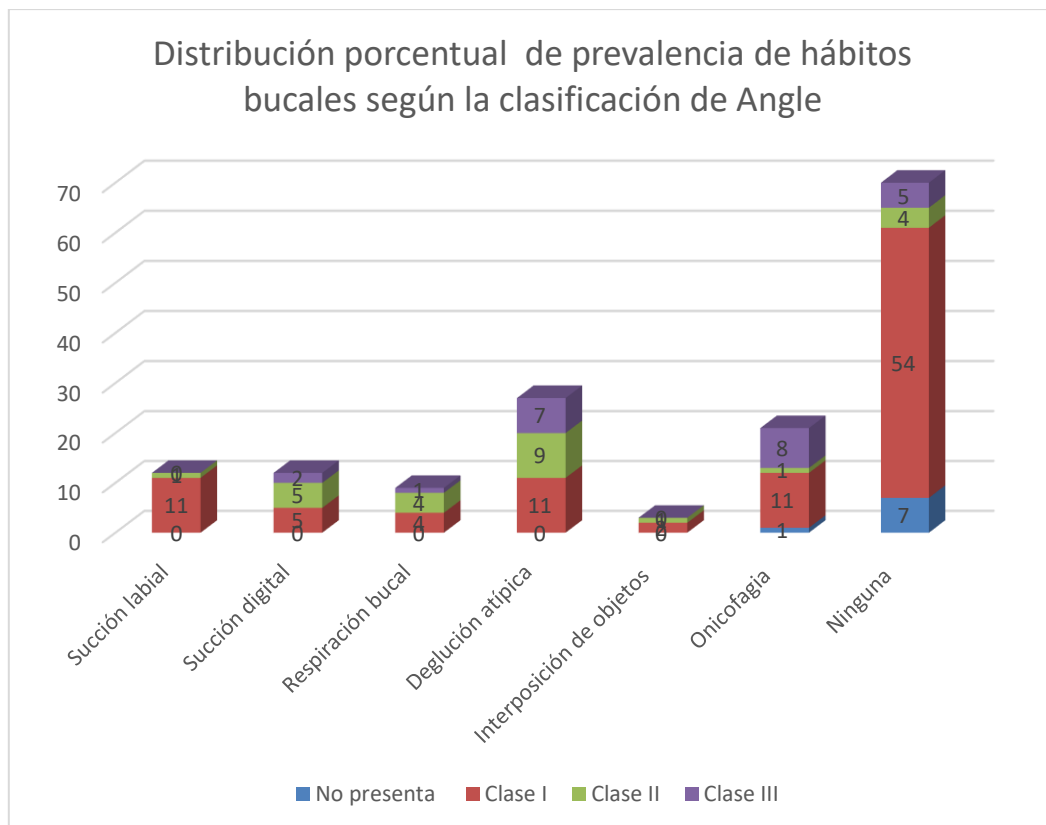
En referencia de los resultados que mostraron las historias clínicas, se observa que de acuerdo al género, la maloclusión más prevalente fue la mordida abierta anterior con el 11% para el sexo femenino y el masculino, seguido de la mordida borde a borde con un 6% en el género masculino y femenino, seguido de la mordida profunda que se encuentra en mayor prevalencia en el género masculino en un 5% y 3% en el género femenino y con menor prevalencia la mordida cruzada posterior unilateral con un 2% para el género femenino y 1% para el género masculino.

**Tabla 7 Distribución porcentual de prevalencia de hábitos bucales según la clasificación de Angle**

Hábitos bucales \ Clasificación Angle	No presenta		Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	No presenta	%	Clase I	%	Clase II	%	Clase III	%	Total	%
S. labial	0	0 %	11	7 %	1	0,5 %	0	0 %	12	8%
S. digital	0	0 %	5	3 %	5	3 %	2	1 %	12	8%
R. bucal	0	0 %	4	3 %	4	2,5 %	1	0,5%	9	6%
D. atípica	0	0 %	11	7 %	9	6 %	7	4,5%	27	18%
Int. de objetos	0	0 %	2	1 %	1	0,5 %	0	0 %	3	2%
Onicofagia	1	0,5%	11	7 %	1	0,5 %	8	5 %	21	13%
Ninguna	7	5 %	54	35%	4	2,5 %	5	3 %	70	45%
Total	8	5,5%	98	64 %	25	15,5%	23	15%	154	100%

Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Gráfico 7**



Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

## Análisis

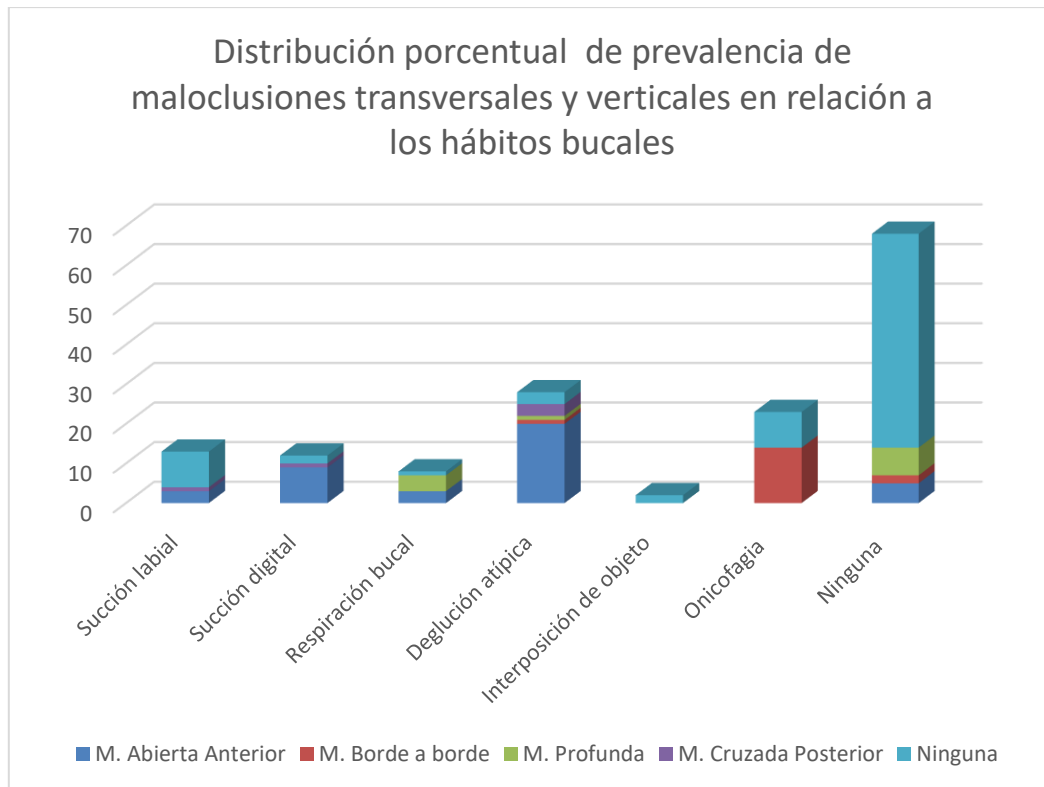
Según la clasificación de Angle se observa, la Clase I es de mayor prevalencia para las maloclusiones en un 64%, seguido de la clase II con un 15,5 %, la clase III con un 15%, por último, los pacientes que no presentaron clase de Angle 5,5 %. En relación a hábitos bucales y a la clase de Angle se encuentra una mayor prevalencia en la deglución atípica, succión labial y onicofagia con el 11% para la clase I % y la menos prevalente la interposición de objetos con el 1%, en la clase II la de mayor prevalencia es la deglución atípica con un 6%, seguido de la succión digital con un 3%, y de menos prevalencia con un 0,5 % la respiración bucal, interposición de objetos y onicofagia. En la clase III la más prevalente es la onicofagia en un 3% y la succión digital la de menor prevalencia con el 1%.

**Tabla 8 Distribución porcentual de prevalencia de maloclusiones transversales y verticales en relación a los hábitos bucales**

Maloclusión Hábito	M. Abierta A		M. B. a borde		M. Profunda		M. Cruzada P.		Ninguna		Total	
		%		%		%		%		%		%
S. labial	3	2 %	0	0 %	0	0 %	1	0,5%	9	6 %	13	9%
S. digital	9	6 %	0	0 %	0	0 %	1	0,5%	2	1 %	12	8%
R. bucal	3	2 %	0	0 %	4	2,5 %	0	0 %	1	0,5%	8	5%
D. atípica	20	13%	1	0,5%	1	0,5%	3	2 %	3	2 %	28	18%
Inter. objeto	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	1 %	2	1%
Onicofagia	0	0 %	14	10 %	0	0 %	0	0 %	9	6 %	23	15%
Ninguna	5	3 %	2	1 %	7	5 %	0	0 %	54	35 %	68	44%
Total	40	26%	17	11,5%	12	8 %	5	3 %	80	51,5%	154	100%

Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

**Gráfico 8**



Fuente: Historias clínicas de los niños de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

### **Análisis:**

En el gráfico 8 se puede observar que existe una relación significativa entre la mordida abierta y la deglución atípica con un 13%, seguido de la succión digital con un 6%, y la mordida borde a borde en relación con la onicofagia en un 10%, en menos frecuencia la mordida cruzada posterior y su relación con la interposición de objetos en un 1%. Teniendo en cuenta que el 57% de los niños no presentaron ninguna alteración dental transversal o vertical, pero si presentaron algún tipo de hábito bucal en un 16,5%, lo cual se debe a que en niños con edades de 5 años existía el hábito, pero no se desarrolló ningún tipo de maloclusión dental.

### **3.6 Discusión de los resultados**

La prevalencia de los hábitos bucales y las alteraciones de la oclusión son muy comunes, según Salinas, Urgiles y Jiménez en un estudio realizado el en 2017,

según la OMS Latinoamérica presenta el tercer lugar en prevalencia de maloclusiones dentales con el 80%, a nivel mundial 65 a 89% y en Ecuador en la ciudad de Cuenca con un 85%.

En el presente estudio se estableció tres grupos de edad, de acuerdo a la recolección de información mediante las historias clínicas, se pudo determinar que el hábito más frecuente en los niños de 5 a 7 años fue la onicofagia con el 5%, seguido de la deglución atípica con el 3% y con menor prevalencia la succión labial y digital con el 1%, siendo los más afectados los niños de 11 a 12 años de edad, esto concuerda con el estudio realizado por Salamanca y Murrieta en donde realizaron un estudio epidemiológico con 309 niños, de 3 a 5 años de edad en donde el hábito más prevalente fue la onicofagia con el 21,0%, seguido de la succión digital con un 9,1% y en menor prevalencia la deglución atípica con un 3,6%, al contrario de estudio realizado por Díaz en donde el hábito bucal de mayor prevalencia fue la respiración bucal con un 32,4%, seguido de la deglución atípica con el 30,8%.

En relación al hábito según el género, el masculino tuvo mayor prevalencia con el 30% y el género femenino con un 27%, lo que contradice al estudio realizado por Álvarez, en donde mayor prevalencia de hábitos bucales se encontró en el sexo femenino con un 56,3% y el masculino con un 43,7%, el cual se realizó con un muestreo aleatorio.

En el mismo estudio realizado por Salamanca y Murrieta, presentan alteraciones en la oclusión en un 22,9%, siendo la de mayor prevalencia la mordida abierta con un 10%, la mordida cruzada posterior en un 1,9%, la mordida cruzada anterior en un 5,2%, la mordida cerrada en un 5,8%, lo que concuerda con el actual estudio en niños de 5 a 12 años, en el rango de 5 a 7 años, las alteraciones oclusales trasversales y verticales se presentaron en un 8%, siendo la de mayor prevalencia la mordida abierta anterior y borde a borde con el 3%, seguida de la mordida profunda en un 2%, siendo los niños de 11 a 12 años los más afectados. De acuerdo con el estudio realizado por Álvarez también existe una prevalencia

en la mordida abierta anterior en un 31,9% de total de su población, siendo el grupo de 7 a 11 años de edad el más afectado.

En el presente estudio sobre la relación del género con las alteraciones dentales se determinó que el género masculino es el más frecuente con un 23% y el femenino con un 20%, lo que no concuerda con el estudio realizado por García en donde el género femenino se presentó con mayor prevalencia en un 65,5% y masculino en un 34,5%, su prevalencia en el género femenino según García se debe a que las mujeres desarrollamos más rápido el cambio hormonal, por lo cual desarrollamos a una edad más temprana el crecimiento de las estructuras dentales involucradas en el desarrollo del sistema estomatognático.

También se determinó la frecuencia de las maloclusión dental de Angle según su relación con los hábitos bucales, siendo la de mayor prevalencia la Clase I con un 43%, consecuente la Clase III con un 14% y con menor frecuencia la Clase II con el 13%, lo que concuerda con excepción de la clase III, en el estudio realizado por García, en donde se presentó con mayor prevalencia la clase I de Angle con un 50%, seguido de la clase II con el 30,9%, y la clase III con un 8,6%. De acuerdo con el estudio que realizó Cisneros y Cruz la de mayor prevalencia en lo que respecta las clases de Angle fue la de tipo I con un 70,4%, lo que se puede apreciar es que la tendencia de la maloclusión predomina en la Clase I según Angle.

Estudios realizados por Cristian Cruzado en niños escolares de 10 a 11 años de edad indican que el hábito más prevalente con 50 casos fue la succión de objetos que estaban relacionados con la clase I de Angle en un 68%, seguido de la succión digital, que estuvo relacionada con la clase I en un 58% y con la clase II en un 48%, lo que no concuerda con el presente estudio relacionando el hábito con la maloclusión de Angle en donde se determinó que la práctica más prevalente en niños de 11 a 12 años fue la deglución atípica, succión labial y onicofagia con un 7% relacionada con la clase II de Angle, pero si concuerda con el estudio realizado por Díaz en la relación molar, en donde predomina la



clase I de Angle en un 50% en niños de 6 a 11 años de edad, pero no con la clase II de Angle con un 30.9% y con poca frecuencia la clase III con un 8,6%.

El estudio realizado por Álvarez tiene similitud con el presente artículo, en donde el hábito de mayor frecuencia fue la deglución atípica y la onicofagia, pero no concuerda con la relación entre los hábitos bucales y las alteraciones dentales en donde existió mayor prevalencia en la succión digital con un 87,5%, seguido de la respiración bucal con un 75% y por último la onicofagia con un 40,6%, al contrario del presente estudio en donde existió una relación significativa entre la deglución atípica y la mordida abierta anterior en un 13%, seguido de la onicofagia y la mordida borde a borde en un 10% y en menor prevalencia la mordida profunda en relación a la respiración bucal en un 2%.

Según el estudio realizado por Chamorro el hábito más prevalente fue la respiración bucal con un 36%, seguido de la onicofagia en un 24%, siendo el grupo más afectado los niños entre 8 y 10 años, con mayor prevalencia en el género femenino.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 Conclusiones**

De acuerdo a los resultados obtenidos se debe concluir:

- En relación al hábito según el género se presentó mayor prevalencia en el género masculino con el 30% y el género femenino con un 27%, no existiendo una diferencia significativa.
- Según la relación entre los hábitos bucales y la clasificación de Angle, se determinó mayor prevalencia la Clase I con un 43%, consecuente a este fue la Clase III con un 14% y 13% con menor frecuencia en la Clase II.
- Se observa mayor prevalencia de onicofagia (7%) en niños de 5 a 7 años de edad, por lo cual se podría establecer que los niños son sometidos a estrés desde una edad muy prematura, estos trastornos emocionales pueden ser ocasionados por problemas familiares o escolares.
- La mordida abierta anterior presento una elevada prevalencia (35%) en su total de la muestra, principalmente en niños de 11 a 12 años de edad en un (15%), la cual fue relacionada con hábitos bucales principalmente la deglución atípica, seguido de la succión digital.

- El hábito bucal más frecuente fue la deglución atípica con un (18%) en su totalidad, siendo el grupo más afectado los niños entre 11 y 12 años con el (10%). Generalmente este hábito se desarrolla por muchos factores, lo cual puede ser la causa de su mayor frecuencia.
- Los hábitos bucales y su relación con las alteraciones dentales causan en los niños problemas en el sistema estomatognático incluyendo su estética facial lo que causa problemas en la autoestima del niño.

## 4.2 Recomendaciones

Luego de establecer las conclusiones se debe recomendar lo siguiente:

- Es imperioso que el Ministerio de Salud Pública en conjunto con Municipio Cantonal de la Ciudad de Valencia Provincia de los Ríos, realice charlas motivacionales a los padres de familia de las instituciones escolares, con el objetivo de concientizar sobre los daños que nos pueden producir los hábitos bucales y las alteraciones dentales.
- Es fundamental explicar los factores que producen alteraciones dentales, con el fin de fomentar una cultura odontológica en los padres de familia y de esta forma brindar un diagnóstico y tratamiento temprano.
- Es trascendental, antes de tratar al paciente pediátrico, tener la autorización de los padres de familia, mediante el consentimiento informado para evitar problemas legales.
- Es necesario realizar más estudios en poblaciones más grandes acerca de la prevalencia de los hábitos bucales y su relación con las maloclusiones dentales, debido a que no existen muchos estudios en nuestro país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, B. (17 de Enero-abril de 2017). Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años en la parroquia de Machangara en la ciudad de Cuenca . *Revista OACTIVA UC Cuenca*, 3(1), 7-12.
- Álvarez , Y., González , Y., Ureña , M., & Rodríguez , Y. (02 de Agosto de 2016). *Prevalencia de hábitos deformantes bucales en escolares de 6 a 9 años*. Recuperado el 14 de Febrero de 2019
- Aragundi , A. (2017). *Prevalencia de maloclusiones como consecuencia de la respiración bucal en niños entre 4 a 10 años mediante examen clínico en centros infantiles en la ciudad de Quito*. <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7580/1/UDLA-EC-TOD-2017-133.pdf>
- Araújo, A., Coelho, P., Tavares de Carvalho, M., Soares, A., & Sousa, L. (07 de Julio de 2019). Relación entre mordida cruzada posterior unilateral y hábitos bucales deletéreos en preescolares de un municipio del sudoeste del Bahía. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 9(1). Recuperado el 07 de Diciembre de 2019, de <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2019/1/art-5/>
- Arias, A., Espinal, G., Ponce, M., Posada, A., Nava, J., & Salcedo, B. (29 de Mayo de 2018). Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años estudio comparativo entre San Luis Potosí México y Medellín-Colombia, 2016. *Revista Nacional de Odontología*, 13(26), 1-6. *Revista Nacional de Odontología*. doi:<http://dx.doi.org/10.16925/od.v13i26.1814>
- Barrios , L., Gil, D., Reyes , V., & Cheda , J. (15 de Julio de 2015). Anomalías dentomaxilofaciales en niños de 12 a 14 años con respiración bucal. *Revista de ciencias médicas de Mayabeque*, 21(3), 1-4.
- Bernal, K., Quirós, O., & Quirós, J. (2017). Tipos, indicaciones y uso de trainers, Myobrace. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2019, de Tipos, indicaciones y uso de trainers, Myobrace: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-40/>
- Calvo, E. (2016). *Necesidad de la terapia miofuncional en el tratamiento de la deglución atípica*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2020, de Necesidad de

la terapia miofuncional en el tratamiento de la deglución atípica:  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/18280/TFG-M-L554.pdf;jsessionid=B78EA68106E50A2287713822810A3242?sequence=1>

- Chamorro, A., García, C., Mejía, E., Viveros, E., Soto, L., Trián, F., & Valencia, C. (Noviembre de 2016). Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de odontopediatría de la Universidad del Valle. *Rev.Ces.Odont*, 29(2), 1-11.
- Cisnero, G., & Cruz, I. (21 de Mayo de 2017). Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil. *Medisan.Scielo*, 21(7), 1-7.
- Cueto, A., & Fernández, R. (Enero-febrero de 2014). Efectividad del Equiplán en el tratamiento de la mordida profunda. *SciELO*, 13(1), 85-93.
- Díaz, D. (15 de Diciembre de 2017). Factores de riesgo y Diagnóstico de maloclusiones en niños de 5 a 11 años. *Polo del Conocimiento*, 2(12), 1-15.
- Escobar, G., Ramírez, B., Ochoa, E., & Franco, Á. (Diciembre de 2016). Características oclusales de los niños de 5 años. *Rev. CES Odont*, 29(2), 35-37.
- Espinoza, I., Casas, L., & Campos, K. J. (26 de Enero-junio de 2016). Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 y 12 años. *Odontol Pediatr*, 15(2), 129-135.
- Fajardo, J., & González, L. (17 de Enero de 2016). Prevalencia de maloclusiones dentales en escolares de 12 años en Monay-Cuenca. *Artículo Original. Revista OACTIVA UC Cuenca*, 1(2), 23-28.
- García, S., Soler, M., Silvia, C., Ledia, M., & García, S. (15 de Agosto de 2016). Afectaciones psicológicas en niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales y tratamiento de ortodoncia. *SciELO*, 16(2), 246-257.
- García J, A. M., Téllez P, T. M., Fontaine M, O., & Rodríguez J, M. L. (22 de 04 de 2016). Características de los pacientes con maloclusiones atendidos en la Clínica Dental 3 de Octubre. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 41(4), 1-6.
- González, Y., Santos, D., & Véliz, O. (Enero- Marzo de 2019). Patrón normal de maduración de la deglución. *Revista Científica Villa Clara*, 23(1), 26-36.
- Gurrola, B., & Casasa, A. (2015). Tratamiento de mordida profunda severa, con bite plate. *Revista Latinoamericana de ortodincia y odontoprdiatría*, 1-6.

- Hernández , E., Rodríguez , M., Silva, A., & García, E. (25 de Septiembre de 2015). Las mordidas abiertas anteriores en pacientes de 9 a 14 años de edad. *Scielo*, 19(5), 820-829.
- Jiménez, J. (06 de Septiembre de 2016). Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. *Odontol.Sanmarquina*, 19(2), 41-44.
- Leng, C., Muñoz, Veloso, Fernández, & Guinot. (2018). Relación entre la mordida abierta anterior y el hábito de succión. *Odontología Pediátrica*, 26(2), 144-154.
- Loor , A., Bergara, E., Ubilla , W., & Moreira , T. (Julio de 2018). Anomalías dentomaxilofaciales asociadas a la respiración bucal con prevalencia en los niños con edad pre escolar. (D. F. Lapaix, Ed.) *Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic*, 6(2), 1-87.
- López, Á. (28 de Julio de 2017). A case of severe onychophagia and queratosis artefacta as an. *Actualidad Medica*, 102(801), 105-106.
- Mallqui, J. (2018). *Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre 6 a 12 años*. Recuperado el 11 de Diciembre de 2019, de Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre 6 a 12 años [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7994/Mallqui\\_bj.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7994/Mallqui_bj.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Manns, A. (2011). *Sistema Estomatognático: Fisiología y correlaciones clínicas-biológicas*. (Vol. 1). (A. Manns, Ed.) Madrid, Madrid, España: Ripano, S.A. Recuperado el 10 de Diciembre del 2019
- Martínez , R., Tavizón , J., Sánchez, C., Sánchez, K., & Duron, A. (2019). Prevalencia de hábitos perniciosos y las consecuencias en la oclusión en dentición temporal y mixta Temprana. *Rev Mex Med Forense*, 4(2), 75-77.
- Mato, A., Pérez , L., Rodríguez , M., & González, A. (02 de Junio de 2016). Mordida cruzada anterior y tratamiento en la atención primaria. *Scielo*, 20(4), 458-464.
- Mena, D., & Sánchez, J. (2019). Uso del chupete y efectos sobre la salud : una revisión de la literatura. *Revista Rol Enfermería*, 42(2), 114-122.
- Méndez, Y., Peña, Y., Lagoa, J., Batista, T., & Carracedo, Z. (02 de Marzo de 2017). Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños. *Scielo*, 21(3), 668-667.

- Mercado, S., & Tapia, R. (30 de Junio de 2018). Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. *KIRU*, 15(2), 94-98.
- Mesa, N., & Medrano, J. (26 de Abril de 2017). Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. *Scielo*, 21(2), 456-467.
- Parra, S., & Zambrano, A. (Junio de 2018). Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. *Scielo*, 12(2), 188-193.
- Peña, Y., Reyes, N., & Téllez, T. M. (24 de Diciembre de 2019). Tratamiento temprano de la mordida cruzada posterior con placas Hawley. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 44(6), 1-6.
- Rivera , S., Varriga, E., García, A., & Espinoza , J. (2019). Hábitos que promueven maloclusiones en infantes. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Recuperado el 10 de Febrero de 2020, de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-12/>
- Rodrigues, E., & Lopes, D. C. (Abril de 2016). Mordida cruzada posterior em denticao mista. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 29(1), 66-74.
- Rodríguez, D., Hernández, J., Pomar , G., Rodríguez, J., & Orozco, C. (Junio de 2016). Corrección de una mordida abierta anterior en paciente clase II esqueletal: reporte de caso. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 4(2), 96-102.
- Rodríguez, E., & White, L. (2008). *Ortodoncia contemporánea* (Vol. 2). (G. C. Cruz, Ed.), Venezuela: D vinni S.A. Recuperado el 03 de Enero de 2020
- Ruiz, C., & Sáez, G. (Octubre-diciembre de 2015). Corrección de mordida cruzada anterior con ortopedia. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 3(4), 239-248.
- Salamanca, R., & Murrieta, J. (19 de Julio de 2015). Frecuencia de alteraciones en la oclusión en dentición primaria y su asociación con algunos hábitos bucales parafuncionales en un jardín de niños del Estado de México. *Revista Científica Odontológica*, 11(2), 9-15.
- Salinas , L., Urgiles, C., & Jiménez, M. (26 de Noviembre de 2017). Maloclusiones dentales en escolares de 12 años en la parroquia el Sagrario - Cuenca 2016. *Salud & Vida Sipanense*, 4(2), 58-66.



- Santana, L., & Poma, C. (29 de Septiembre de 2018). Tratamiento para la eliminacion de la succión digital en niños de 2 a 5 años. *Rev.Cient.Univ.Dominic.*, 6(2), 39-45.
- Simoès , N. (2015). Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. Recuperado el 23 de Diciembre de 2019, de Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura.
- Suárez, L., Castillo, R., Brito, R., Santana, A. T., & Vázquez, Y. (15 de Enero-marzo de 2018). Oclusión dentaria en pacientes con maloclusiones generales: asociación con el estado funcional del sistema estomatognático. *Scielo*, 22(1), 1-11.
- Torres , M. (2017). Algunas estrategias para identificar las bases genéticas de las Maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. Recuperado el 15 de Febrero de 2020, de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/>
- Viteri , J. (2017). *Nivel de autoestima en pacientes con 12 a 18 años de edad con mal posición dentaria en el sector anterior que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de las Americas*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2019, de La succión digital en niños, etiología, y consecuencias dentales y psicológicas: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6481/1/UDLA-EC-TOD-2017-01.pdf>
- Yépez, M. (2018). *Prevalencia de maloclusiones, según el Índice de la Asociación Iberoamericana de Ortodoncistas (AIO), en niños de 6 a 12 años de la Unidad Educativa Daniel Reyes de la ciudad de Ibarra. Pregrado*. Ibarra: Universidad Central del Ecuador. Recuperado el 10 de Diciembre de 2019, de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-33/#>
- Ypanaque , L., & Luque , H. (15 de Agosto de 2019). Tratamiento ortodóntico de camuflaje de una maloclusión de Clase III. Reporte de caso. *Odontol. Sanmarquina*, 22(1), 33-43.

## ANEXOS

### Anexo: 1: Cronograma De Actividades

Actividades	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Revisar información	X					
Capítulo 1		X				
Capítulo 2			X			
Capítulo 3				X		
Borrador					X	
Sustentación						X

### Anexo: 2 Presupuesto

Insumos	Costos
Impresiones	\$ 20,00
Hojas	\$ 5,00
Carpeta	\$ 0,50
Esferos	\$ 1,50
Pasajes	\$ 50,00
<b>Total</b>	<b>\$ 77,00</b>

**Anexo: 3**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo..... C.I..... accedo voluntariamente a que mi hijo(a) .....participe sin remuneración alguna, en esta investigación realizada por María José Crespo Barriga alumna interna de la Carrera de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Estoy al tanto que la información recaudada de este documento y formulario, el cual será de uso exclusivo de la investigación y que a su vez será tratada en forma anónima.

Acepto

No acepto

---

FIRMA INVESTIGADORA

Nombre: María José Crespo Barriga

Teléfono: 0959834009

Correo: [lavidaesbella142011@hotmail.com](mailto:lavidaesbella142011@hotmail.com)

En aspectos éticos acudir a: Docente responsable Nombre:

Dr. Héctor Guzmán Gallardo Msc.

---

FIRMA DEL REPRESENTANTE

## Anexo n° 4: Ficha clínica de recolección de datos



### UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

#### Identificación del paciente:

#### Ficha de trabajo clínico para el paciente pediátrico

**Tema: Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Aula \_\_\_\_\_

Sexo:  Edad:

<b>OBSERVACIÓN EXTRABUCAL:</b>	
<b>Perfil :</b>	recto__ convexo__ cóncavo__
<b>Labio superior:</b>	normal__ hipotónico__ hipertónico__ reseco__ inflamado__
<b>Labio inferior:</b>	normal__ hipotónico__ hipertónico__ reseco__ inflamado__
<b>Cierre labial :</b>	competente__ incompetencia labial__
<b>Dedo :</b>	normal__ arrugado__ enrojecido__ callo__
<b>Uñas :</b>	normales__ cortas__ muy cortas__
<b>Respiración al cerrar los labios:</b>	normal__ alterada__
<b>Aletas nasales:</b>	normales__ alteradas__
<b>Deglución:</b>	normal__ interpuesta__
<b>ATM:</b>	normal__ alterada__
<b>EXAMEN INTRABUCAL</b>	
<b>Mucosa:</b>	normal__ alterada__
<b>Amígdalas:</b>	normal__ inflamadas__

<b>Tejido gingival :</b>	normal__ gingivitis__ hipertrofiado__		
<b>Lengua :</b>	normal__ microglosia __ macroglosia__ Interposición__		
<b>ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN</b>			
<b>Etapas de la Dentición:</b>	temporal__ mixta primera fase__ mixta segunda fase__ permanente__		
<b>Plano terminal:</b>	mesial__ distal__ recto__		
<b>Clase de Angle</b>			
Clase I__	Clase II__	Clase III__	
<b>Tipo de arco:</b>	oval__ cuadrado__ triangular__		
<b>Forma del Paladar:</b>	normal__ profundo__		
<b>Relación de las arcadas:</b>	normales __ alteradas__		
<b>TIPOS DE MALOCLUSIÓN DENTAL:</b>			
Relación incisal overjet			
Normal (2,5mm) __ aumentada (más de 2,5mm) __ disminuida (menor a 2,5mm) __ borde a borde__			
Relación incisal overbite:			
Normal(2,5mm)__ aumentada (más de 2,5mm) __ disminuida (menor a 2,5 mm)__ borde a borde__			
<b>Mordida abierta:</b>	Anterior __ posterior__		
Mordida borde a borde ____			
Mordida profunda____			
<b>Mordida cruzada:</b>	Anterior __ posterior__		
<b>HABITO BUCAL PRESENTE :</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Succión labial			
Succión digital			
Respiración bucal			
Deglución atípica			
Interposición de objetos			
Onicofagia			

## Anexo 5: Fotografías en la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo



Figura3 Estudiantes de séptimo año básico  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020



Figura 4 Estudiantes de sexto año básico  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

## Anexo 6: Fotografías de diagnóstico



Figura 5 Examen intrabucal  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020



Figura 6 Examen intrabucal  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

## Anexo 7: Fotografías intrabucales



Figura 7 Deglución atípica, vista frontal  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020



Figura 8 Deglución atípica, vista lateral  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020





Figura 9 Deglución atípica, vista lateral  
Elaborado por: Crespo Barriga María José, 2020

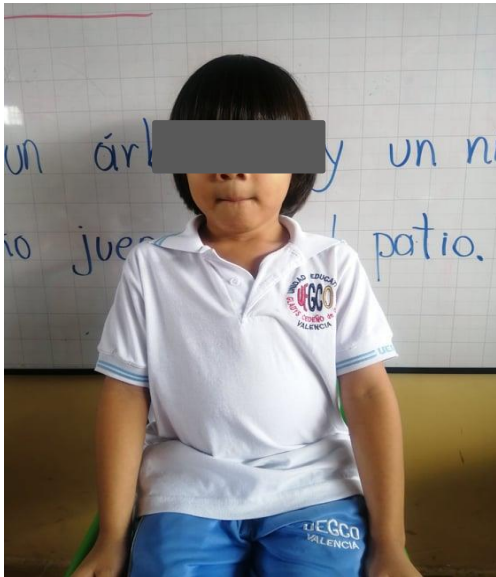


Figura 10 Paciente de 6 años  
Elaborado por: Crespo Barriga María, 2020



Figura 11 Interposición labial  
Elaborado por: Crespo Barriga María, 2020

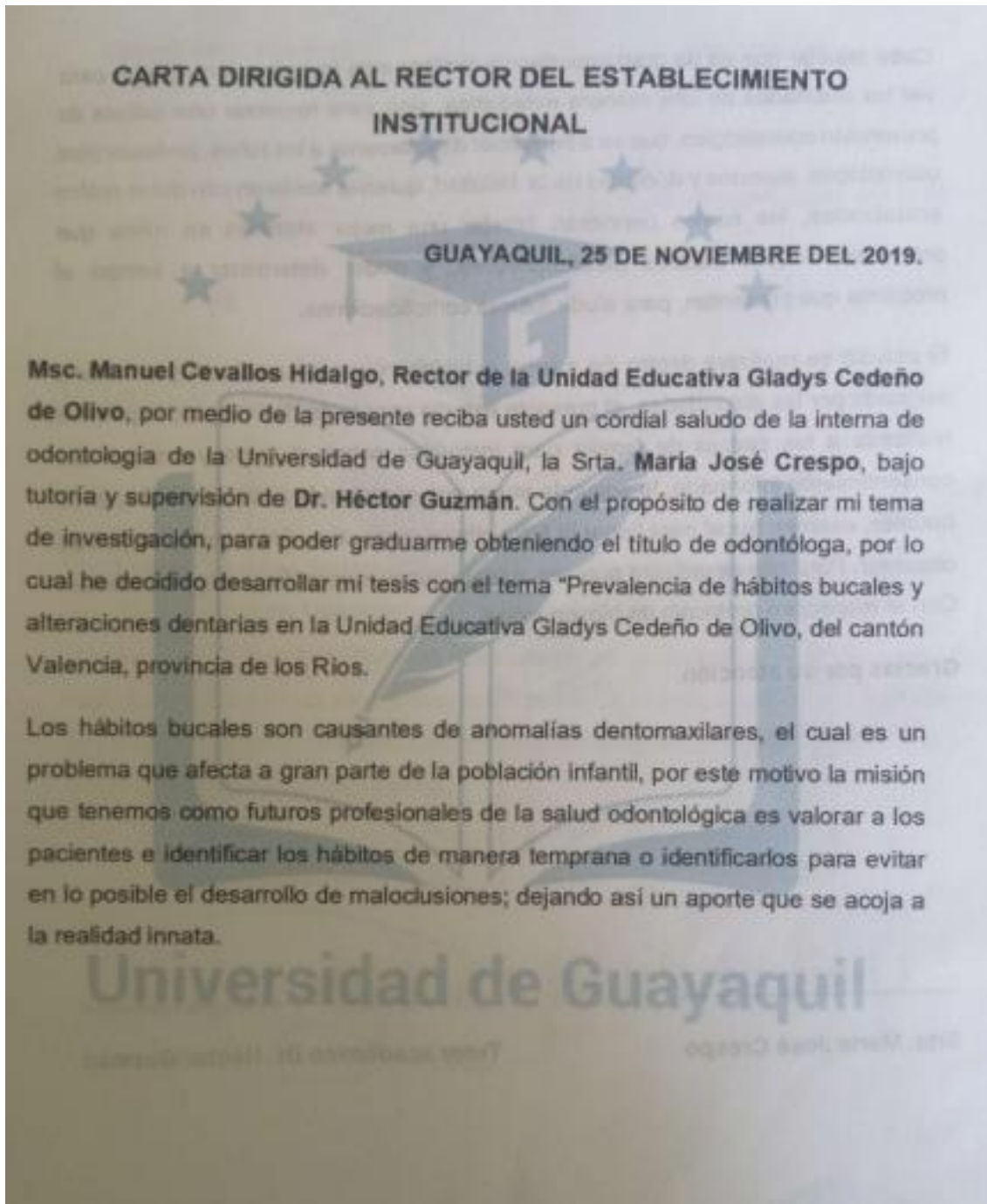


Figura 12 Interposición labial  
Elaborado por: Crespo Barriga María, 2020



Figura 13 Interposición labial  
Elaborado por: Crespo Barriga María, 2020

## Anexo 8: Carta dirigida al Establecimiento Educativo



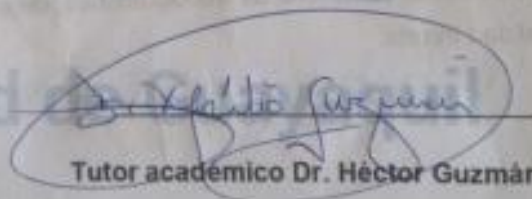
Cabe resaltar que es de gran importancia realizar esta investigación no solo para ver los resultados de una manera estadística, sino para fomentar una cultura de prevención odontológica, que va a beneficiar directamente a los niños, profesionales odontólogos, alumnos y docentes de la facultad, quienes contarán con datos reales actualizados, los cuales permitirán brindar una mejor atención en niños que presenten hábitos bucales parafuncionales, y poder determinar a tiempo el problema que presenten, para eludir futuras complicaciones.

El estudio se realizara dentro del mismo establecimiento educacional y el horario asignado por las autoridades, el presente estudio consta de dos etapas; la primera realizada a los padres de familia para instruirlos sobre el tema y entrega del consentimiento informado, la segunda etapa que comprende realizar al niño; fotos bucales, examen bucal para llenar la ficha clínica respectiva, únicamente se puede observar. Para ello se utilizara guantes, espejo bucal, mascarilla, campos estériles. Con el respectivo protocolo de bioseguridad.

**Gracias por su atención.**




**Srta. Maria José Crespo**




**Tutor académico Dr. Héctor Guzmán**



## Anexo: 9 Respuesta de la institución

 **UNIDAD EDUCATIVA  
GLADYS CEBENO DE OLIVO**  
Av. General Estigarribia y Prof. Valero  
Tel: 022-849052 Cel. 339583194  
Valencia - Los Rios



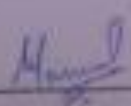
CORRIDA AVE: 11492139      DISTRITO: 11006



Valencia, 26 de noviembre del 2019

De su consideración:

Yo Manuel Cevallos Hidalgo, Rector de la Unidad Educativa Gladys Cebeno de Olivo del cantón Valencia, autorizo a la Srta. Marta José Crespo Barriga, egresada de la Facultad Píeoto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, realice sus actividades de investigación sobre la Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias, de esta forma fomentamos una mejor cultura odontológica con fines educativos.

Atentamente:

  
MSc. Manuel Cevallos Hidalgo.  
120448318

*"Cambiando juntos por una educación para la vida basada en Desarrollo de Actitudes, Destinos y Futuro"*

**Anexo: 10 Cuadro cronológico de pacientes atendidos**

Paciente	Sexo		Edad	Clase Angle			Hábitos						Maloclusiones					
	F	M		I	-	-	S. Labial	S. digital	R. bucal	Degl. Atípica	Int. Objeto	Onicofagia	Ninguna	M. Abierta Anterior	M. Borde a borde	M. Profunda	M. Cruzada Posterior	Ninguna
1		X	5	X								X						X
x		X	5	X							X			X				
3		X	5	X								X						X
4		X	5	X								X						X
5		X	5	X								X						X
6	X		5	X								X						X
7	X		5	X								X						X
8		X	6	X					X						X			
9		X	6	X								X						X
10		X	6		X				X				X					X
11		X	6	X							X			X				
12		X	6	X			X											X
13		X	6		X							X						X
14		X	6		X			X					X					
15		X	6		X						X			X				
16		X	6									X						X
17	X		6		X				X									X
18	X		6	X							X							X
19	X		6	X			X											
20		X	7	X								X						X
21		X	7	X					X									X
22		X	7		X			X										X
23		X	7								X			X				
24		X	7		X							X			X			
25		X	7	X								X						X
26		X	7	X					X				X					
27		X	7	X			X											X
28		X	7	X								X	X					
29		X	7	X							X			X				
30	X		7			X		X					X					

31	X		7	X								X					X
32	X		7	X								X			X		
33	X		7	X								X					X
34	X		7	X								X					X
35	X		7	X								X					X
36	X		7	X								X					X
37		X	8	X				X					X				
38		X	8		X			X					X				

Paciente	Sexo		Edad	Clase Angle			Hábitos						Maloclusiones					
	F	M		I	II	III	S. Labial	S. digital	R. bucal	Degl. Atípica	Int. Objeto	Onicofagia	Ninguna	M. Abierta Anterior	M. Borde a borde	M. Profunda	M. Cruzada Posterior	Ninguna
39		X	8			X		X					X					
40		X	8	X								X						X
41	X		8	X								X						X
42	X		8		X				X							X		
43	X		8	X								X						X
44		X	9	X								X						X
45	X		9	X						X								X
46	X		9	X						X								X
47	X		9	X								X						X
48	X		9	X								X						X
49	X		9	X								X						X
50	X		9	X								X						X
51		X	9	X			X											X
52		X	9	X			X											X
53		X	9	X					X							X		
54		X	9	X			X						X					
55	X		9			X						X		X				
56	X		9			X						X		X				
57	X		9		X			X					X					
58	X		9	X					X				X					
59		X	10				X											X
60		X	10				X											X
61		X	10	X								X						X
62	X		10	X					X						X			
63	X		10	X					X						X			
64	X		10	X					X						X			
65	X		10	X					X									X
66	X		10	X								X						X
67		X	10	X								X						X

68		X	10	X				X							X				
69	X		10		X			X							X				
70	X		10		X			X											X
71	X		10	X			X												X
72		X	10	X									X						X
73	X		10	X						X									X
74	X		10	X									X						X
75	X		10			X				X					X				
76	X		10			X			X										X
77	X		10		X			X						X					
78		X	10		X								X						X
79		X	10		X					X				X					

Paciente	Sexo		Edad	Clase Angle			Hábitos							Maloclusiones					
	F	M		I	II	III	S. Labial	S. digital	R. bucal	Degl. Atípica	Int. Objeto	Onicofagia	Ninguna	M. Abierta Anterior	M. Borde a borde	M. Profunda	M. Cruzada Posterior	Ninguna	
80		X	10			X				X				X					
81		X	10		X				X					X					
82	X		11			X					X				X				
83	X		11	X								X							X
84		X	11	X								X							X
85		X	11	X								X							X
86	X		11	X								X							X
87	X		11		X							X			X				
88		X	11		X				X				X						
89	X		11			X					X			X					
90	X		11	X								X			X				
91		X	11		X				X				X						
92	X		11			X					X			X					
93		X	11	X							X								X
94		X	11	X								X			X				
95		X	11	X								X							X
96	X		11	X								X							X
97	X		11	X								X							X
98	X		12	X								X							X
99	X		12	X								X							X
100	X		12	X								X							X
101		X	12	X								X							X
102	X		12	X								X							X
103	X		12	X								X							X
104		X	12	X								X							X



105		X	12	X									X					X
106		X	12	X									X					X
107		X	12	X									X					X
108		X	12	X									X					X
109		X	12	X									X					X
110		X	12	X									X					X
111		X	12	X									X					X
112		X	12	X									X					X
113		X	12	X									X					X
114	X		12			X			X					X				
115	X		12			X			X					X				
116	X		12	X					X					X				
117	X		12	X			X							X				
118	X		12	X					X								X	
119	X		12			X			X					X				

Paciente	Sexo		Edad	Clase Angle			Hábitos							Maloclusiones				
	F	M		I	II	III	S. Labial	S. digital	R. bucal	Degl. Atípica	Int. Objeto	Onicofagia	Ninguna	M. Abierta Anterior	M. Borde a borde	M. Profunda	M. Cruzada Posterior	Ninguna
120	X		12	X									X					X
121	X		12	X					X					X				
122	X		12		X			X						X				
123		X	12		X											X		
124		X	12			X						X			X			
125		X	12		X			X					X					
126		X	12			X						X		X				
127		X	12	X					X				X					
128		X	12			X						X		X				
129	X		12		X				X				X					
130	X		12			X			X				X					
131	X		12			X			X					X				
132	X		12	X				X									X	
133		X	12	X								X	X					
134		X	12			X						X		X				
135		X	12		X				X				X					
136		X	12		X				X				X					
137		X	12			X						X		X				
138		X	12	X								X						X
139		X	12	X			X											X
140	X		12			X		X						X				

141	X		12			X							X		X			
142	X		12		X					X				X				
143	X		12	X								X						X
144	X		12	X						X				X				
145	X		12	X									X				X	
146		X	12		X				X					X				
147		X	12	X									X	X				
148		X	12		X								X	X				
149		X	12			X							X			X		
150		X	12		X				X								X	
151	X		12	X			X											X
152			12	X									X	X				
153			12	X									X	X				
154			12	X									X					X

## ANEXO VI : CERTIFICADO DEL DOCENTE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

ANEXO VI. - CERTIFICADO DEL DOCENTE-TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

### FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA CARRERA ODONTOLOGÍA

Guayaquil, 4 de marzo del 2020

SR. /SRA.  
DRA. MARIA ANGELICA TERREROS  
DIRECTORA DE LA CARRERA  
VICEDECANA  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
GUAYAQUIL

De mis consideraciones:

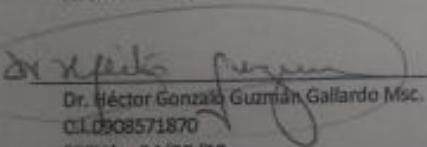
Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES Y ALTERACIONES DENTARIAS EN ESCOLARES DE LA UNIDAD EDUCATIVA GLADYS CEDEÑO DE OLIVO** del estudiante **MARIA JOSE CRESPO BARRIGA**, indicando que ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.


Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes, que el estudiante está apto para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

  
Dr. Héctor González Guzmán Msc.  
C.I. 0908571870  
FECHA: 04/03/20

## ANEXO VII: CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

  
ANEXO VII.- CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado Dr. Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo Msc, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por María José Crespo Barriga , con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de odontólogo.

Se informa que el trabajo de titulación: Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagió URKUND quedando el 4% de coincidencia.

**URKUND**

Urkund Analysis Result

Analyzed Document:	CREPO 848854 MARIA JOSE.docx (04479487)
Submitted:	3/3/2020 4:41:00 PM
Submitted By:	Hector.guzman@ug.edu.ec
Significance:	4 %

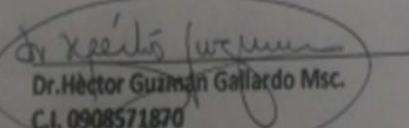
Sources included in the report:

- analisis ur.docx (026423014)
- analisis ur.docx (026423098)
- Miryan Tercio Franco URK.pdf (046457132)
- Miryan Tercio Franco, PREVALENCIA DE MALOCCLUSIONES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE LA C LÍNEA DE ODONT.pdf (048149591)
- 1A\_GAMBICA\_JANCO\_LOURDES\_LUCIA\_TITULO PROFESIONAL\_2018.docx (045206117)
- TERRIS carolina estrada odontologia.docx (049307532)
- CHRISTIAN FERNANDO YANEZ ZURITA.pdf (047999574)
- Alicar Mejia Karherin Tasso.docx (054748023)
- <https://blogplay.es/90605164-Universidad-nacional-de-ige-carerra-de-odontologia.html>


Instances where selected sources appear:

17

<https://secure.arkund.com/archive/download/64784987-464837-400354>



**Dr. Héctor Guzmán Gallardo Msc.**  
C.I. 0908571870



UNIVERSIDAD DE GUAYACANES  
Facultad de Odontología  
4 MAR 2020

## ANEXO VIII.- INFORME DEL DOCENTE REVISOR

Guayaquil, 28 de marzo del 2020

Sr. /Sra.

María Terreros Caicedo

DIRECTOR (A) DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad. -

De mis consideraciones:

Envié a Ud. el informe correspondiente a la REVISION FINAL del Trabajo de Titulación Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo de la estudiante CRESPO BARRIGA MARIA JOSE. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el Cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

El título tiene un máximo de 17 palabras.

La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.

El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.

La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.

Los soportes teóricos son de máximo 5 años.

La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

El trabajo es el resultado de una investigación.

El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.

El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.

El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
Docente Revisor  
c.i.0914706205

## ANEXO XI.- FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

REPOSITORIONACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de hábitos bucales v alteraciones dentarias en escolares de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Crespo Barriga María José		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dra. Jessica Scarlet Apolo Morán / Dr. Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:			
GRADO OBTENIDO:	ODONTOLOGA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Junio - 2020	No. DE PÁGINAS:	74
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hábitos bucales, niños, maloclusión.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Los hábitos bucales son acciones repetitivas, que dependiendo de factores como el tiempo, intensidad y duración causan maloclusiones. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en niños de 5 a 12 años de edad, en la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo del cantón Valencia. <b>Materiales y métodos:</b> Para la metodología se utiliza un enfoque cualicuantitativo, en una población de 250 niños y una muestra de 154, efectuando un estudio de campo, descriptivo, transversal y observacional, mediante el método científico, con técnicas e instrumentos, como las historias clínicas y observación directa. <b>Resultados:</b> Los hábitos bucales deformantes se encontraron en un 56%, siendo de mayor prevalencia en el género masculino. La deglución atípica es el hábito más frecuente, presentándose en un 18% de la población estudiada, la onicofagia en un 15%, seguido de la succión labial y digital con un 8%, presentándose en menor frecuencia la interposición de objetos. La mordida abierta anterior se presentó en un 25%, siendo de mayor prevalencia en el género masculino con un 23%. <b>Conclusiones:</b> La mordida abierta anterior presentó una elevada prevalencia, principalmente en niños de 11 a 12 años de edad en un 15%, la cual presentó mayor relación con la deglución atípica, seguido de la succión digital y labial. Los hábitos bucales deformantes y la maloclusión dentaria tienen una relación significativa, por lo cual es importante tener un diagnóstico y tratamiento a tiempo, para evitar alterar el sistema estomatognático.</p>			

ADJUNTO PDF:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0959834009	E-mail: maria.crespob@ug.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA	
	Teléfono: 59342285703	
	E-mail: facultad.deodontologia@ug.edu.ec	



**ANEXO XII.- DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y DE AUTORIZACIÓN DE LICENCIA GRATUITA  
INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES  
NO ACADÉMICOS**

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA**

---

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, María José Crespo Barriga con C.I. No. 0503605685, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es “Prevalencia de hábitos bucales v alteraciones dentarias en escolares de la Unidad Educativa Gladys Cedeño de Olivo.” son de mi absoluta propiedad y responsabilidad, en conformidad al Artículo 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN\*, autorizo la utilización de una licencia gratuita intransferible, para el uso no comercial de la presente obra a favor de la Universidad de Guayaquil.

---

María José Crespo Barriga

C.I.No. 0503605685



