

UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIATEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS

**PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES
PARAFUNCIONALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD
EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SIMÓN BOLÍVAR DE
MOQUEGUA, 2019**

PRESENTADA POR

Greccia Nereida López Huamani

ASESOR

Mgr. CD. Mario Alejandro Simauchi Tejada

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

Cirujano – Dentista

MOQUEGUA- PERU

2021

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	5
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.1 Definición del Problema.....	5
1.2 Objetivos de la Investigación	5
1.2.1 Objetivo General:	5
1.2.2 Objetivos Específicos:.....	5
1.3 Operacionalización de Variables.....	6
1.4 Hipótesis de la Investigación	6
CAPÍTULO II.....	7
EL MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes de la Investigación	7
2.2 Bases Teóricas	11
2.2.1 Hábitos orales:	11
2.2.2 Principales hábitos orales:.....	14
2.2.2.1 Onicofagia.....	14
2.2.2.2 Succión de chupón y biberones	15
2.2.2.3 Succión Digital:	17
2.2.2.4 Respiración Bucal	20
2.2.2.5 Deglución Atípica:.....	24
2.2.2.6 Queilofagia, Interposición Labial o Succión Labial	27
2.3 Marco Conceptual	28
CAPÍTULO III.....	30
MÉTODO	30
3.1 Tipo de Investigación.....	30
3.2 Diseño de Investigación	30
3.3 Población	30
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	31

3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	33
CAPÍTULO IV	34
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	34
4.1 Presentación de Resultados	34
4.2 Discusión de Resultados.....	37
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Frecuencia de Hábitos Parafuncionales en niños de 6 a 12 años	34
TABLA 2 Prevalencia de Hábitos Parafuncionales según género.....	35
TABLA 3 Prevalencia de Hábitos Parafuncionales según edad	36

RESUMEN

Los hábitos orales son acciones que se dan involuntariamente, de manera repetitiva y permanente en el tiempo, que pueden ser suprimidas por mecanismos de reeducación. El hábito es una costumbre que provoca una acción mecánica dando lugar a una deformación y, posiblemente, a una modificación de la posición dental o a una interferencia en el crecimiento. La presencia de que existan malos hábitos orales puede tener un efecto sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del paciente. Entre los hábitos que con mayor frecuencia se detectan están: La succión del pulgar u otros dedos, la respiración bucal, el empuje lingual, la onicofagia, posiciones viciosas durante el sueño, el uso prolongado de chupetes (tete y biberón) y la mordedura de los labios, lápices u otros objetos.

El propósito del presente trabajo es estudiar la prevalencia de hábitos orales parafuncionales que se puede presentar en niños de 6 a 12 años. Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, el diseño corresponde a un Descriptivo Prospectivo, la técnica de recolección de datos que se utilizó es la observación clínica que se realizó mediante la exploración intraoral y extraoral; y la entrevista que se hizo a los padres que estuvo conformada de cuatro preguntas. La población de estudio estuvo conformada por 197 niños de 6 a 12 años de edad en la Institución Educativa Simón Bolívar los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Para el procesamiento y análisis estadístico de la información se desarrolló por medio del programa estadístico SPSS v22.

Resultados: Se encontró que el hábito parafuncional de mayor frecuencia es la Onicofagia con un 33,5%, no presenta diferencia significativa en cuanto al género y se observa que conforme se incrementa la edad hay mayor frecuencia de hábitos parafuncionales.

Palabras Claves: Hábitos orales parafuncionales, defecto dentomaxilar, maloclusiones.

ABSTRACT

Oral Oral habits are actions that occur involuntarily, repeatedly and permanently over time, which can be suppressed by re-education mechanisms. Habit is a habit that provokes a mechanical action leading to a deformation and possibly a modification of the dental position or an interference with growth. The presence of poor oral habits can have an effect on the developing facial structures and dentition of the patient. Among the habits that are most frequently detected are: the sucking of the thumb or other fingers, mouth breathing, tongue thrusting, onychophagia, vicious positions during sleep, prolonged use of pacifiers (tete and bottle) and the bite of lips, pencils or other objects.

The purpose of this work is to study the prevalence of parafunctional oral habits that can occur in children from 6 to 12 years old. It is an observational, descriptive, prospective and cross-sectional study, the design corresponds to a Prospective Descriptive, the data collection technique used is the clinical observation that was carried out through intraoral and extraoral exploration; and the interview with the parents, which consisted of four questions. The study population consisted of 197 children from 6 to 12 years of age at the Simón Bolívar Educational Institution, who met the inclusion criteria. For the statistical processing and analysis of the information, it was developed using the statistical program SPSS v22.

Results: It was found that the parafunctional habit with the highest frequency is Onychophagia with 33.5%, it does not present significant difference regarding gender and it is observed that as age increases, there is a greater frequency of parafunctional habits.

Keywords: Parafunctional oral habits, dentomaxillary defect, malocclusions.

INTRODUCCIÓN

Los hábitos son costumbres que se adquieren por larga y constante práctica de un ejercicio; se aprenden, inicialmente son una acción voluntaria o consciente que se convierte en involuntario o inconsciente. Todos los hábitos anómalos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí. Estos hábitos son uno de los principales factores que dan origen a maloclusiones o deformaciones dentó esqueléticas, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse.

Existen 2 tipos: Los fisiológicos o también llamados funcionales, que vamos a definir como aquellos hábitos con los que un individuo o persona nace por ejemplo la respiración nasal, la deglución, los mecanismos de succión y movimientos corporales y los no fisiológicos o parafuncionales que ejercen fuerzas perjudiciales ya sea contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, como la succión del dedo, la respiración bucal, la deglución atípica, la queilofagia y la onicofagia siendo estos los que causan las maloclusiones o defectos dentomaxilares.

La presente investigación, “Prevalencia de hábitos orales parafuncionales en niños de 6 a 12 años de edad en la Institución Educativa Simón Bolívar” en la ciudad de Moquegua, 2019, se estudió la frecuencia de aquellos hábitos no funcionales que causan maloclusiones o defectos dentomaxilares según el género y la edad.

Los resultados de la investigación ayudarán a detectar a temprana edad si hay presencia de hábitos orales parafuncionales, ya que estos dan como consecuencia maloclusiones que son enfermedades dentales que pueden afectar a niños de cualquier sexo, raza y edad; siendo más propensos aquellos niños con bajo nivel socioeconómico. La presente investigación tiene una originalidad parcial, ya que existen antecedentes investigativos con similar

enfoque y es factible, por eso me facilitaron el acceso a la Institución Educativa para poder realizar la recolección de datos. Si embargo este trabajo tiene sus limitaciones donde no se pudo trabajar con el universo completo, ya que algunos padres rechazaron el consentimiento informado. El estudio se realizó en la hora de Educación Física. El horario para cada grado educativo era de 45 minutos, el cual a veces no alcanzaba para poder culminar con el estudio. No había mucha colaboración para las fotografías orales en los niños que presentaban hábitos parafuncionales.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Definición del Problema

¿Cuál es la Prevalencia de hábitos orales parafuncionales en niños de 6 a 12 años de edad en la Institución Educativa Simón Bolívar de Moquegua, 2019?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General:

- Estimar la Prevalencia de hábitos orales parafuncionales en niños de 6 a 12 años de edad en la Institución Educativa Simón Bolívar de Moquegua, 2019.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Describir la Prevalencia de hábitos orales parafuncionales según el sexo en niños de 6 a 12 años de edad en la Institución Educativa Simón Bolívar de Moquegua, 2019.
- Describir la Prevalencia de hábitos orales parafuncionales según la edad en niños de 6 a 12 años de edad en la Institución Educativa Simón Bolívar de Moquegua, 2019.

1.3 Operacionalización de Variables

Variables Interés(estudio)	Indicador	Valor final: unid/categ	Escala	Tipo de variable
Hábitos orales parafuncionales	<ul style="list-style-type: none"> • Costumbre adquirida por repetición. 	Succión digital Deglución atípica Onicofagia Queilofagia Uso de chupetes y biberones Respiración bucal	Nominal	Cualitativa
	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta al padre de familia 	Succión digital Deglución atípica Onicofagia Queilofagia Uso de chupetes y biberones Respiración bucal		
Variable Caracterización	Indicadores	Valor final: unid/categ	Escala	Tipo de variable
Sexo	Características sexuales secundarias	Masculino Femenino	Nominal	Cualitativa
Edad	Con DNI	Años	Razón	Cuantitativa

1.4 Hipótesis de la Investigación

Este trabajo de investigación no presenta hipótesis ya que es de un nivel descriptivo.

CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Trocones Tucto Atalia Esther en su estudio “Asociación entre hábitos orales y la prevalencia de maloclusión dentaria en niños de 7-12 años” Lima-Perú, 2018 Realizó un estudio de enfoque descriptivo, transversal, prospectivo y cuantitativo. El total de la muestra fue de 150 estudiantes, en los resultados se examinó que el hábito bucal que presenta predominio es el de respiración bucal con un 16.60%, luego el hábito de succión digital con maloclusión 10.0% finalizando se presenta la onicofagia, succión labial. Se constató que existe asociación entre los hábitos orales con las maloclusiones, siendo el de mayor prevalencia el respirador bucal (1).

Tongo Alarcón Merly en su estudio “Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas” Perú, 2017 Desarrollo un estudio cuantitativo, relacional, observacional, prospectivo, transversal. Se incluyó a 85 estudiantes. Según la investigación el 48.2% no tuvo ningún hábito bucal; el 15.3% estuvo relacionada con la respiración bucal; la succión digital se presentó con un 10.6%; un 9.4% mostró onicofagia y bruxismo; finalizando con una prevalencia de 3.5% siendo la deglución atípica y succión de labio. Se constató que sí hay relación entre los hábitos bucales y maloclusiones en estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017 (2).

Pampa Mamani Ruth Nancy, Quispe Choquemamani Daisy Evelin en su estudio “Relación entre los hábitos bucales perniciosos con maloclusiones en estudiantes Institución Educativa Primaria N° 70547 Juliaca, 2017” Fue un estudio de enfoque relacional, observacional, transversal, prospectivo, analítico. Teniendo como muestra 187 estudiantes, la evaluación estuvo compuesta por dos fases; en la primera se realizó un cuestionario al padre de familia según los malos hábitos que realicen sus menores hijos y la segunda fase estuvo compuesta por la maloclusión que se evaluó por medio de un examen se observó que en los hábitos de succión el más prevalente fue: la succión digital con un 14,4 %, la succión de labio con un 12,3%; los más sobresalientes en los hábitos de mordedura fue el morder objetos 63,4%, onicofagia con un 24,6%; por ultimo en los hábitos de postura se mostró el más prevalente el hábito de respiración bucal con un 28.3% y el hábito de postura con un 21,9 %. Se constató que existe relación entre los hábitos bucales perniciosos y la maloclusión (3).

Mallqui Benigno Joselyn Gladys en su estudio “Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I.E.P. Mater Purissima en el año” Lima 2017 El estudio tuvo un enfoque observacional, transversal y descriptivo. El hábito oral más sobresaliente fue el hábito de la deglución atípica con presión de la lengua (23.8%), luego se obtuvo una prevalencia en el hábito de la presión del labio inferior (17%) y succión labial (17%). Según las maloclusiones verticales, la maloclusión más prevalente fue la mordida profunda con un 29,3%, seguida de la mordida abierta anterior con el 12,2%.

No se observa significancia entre el sexo con el hábito de la succión, deglución atípica, la respiración bucal, mordida abierta y la mordida profunda. Pero si se observa significancia entre la edad con el hábito de la respiración bucal. La mordida abierta se relaciona con el hábito de la succión, deglución atípica y la respiración bucal. Se halló significancia entre la mordida profunda con la deglución atípica. Se constató que si hay

relación entre los hábitos orales y la presencia de maloclusiones verticales (4).

Castillo Polo Marlee Jámelith en su estudio “Relación de los hábitos bucales en la conformación del escalón molar en niños de 3 a 5 años del centro educativo inicial ampliación Paucarpata.” Arequipa-Perú, 2016 Se realizó el estudio con una población de 78 estudiantes El método que se usó para la recolección de información fueron la Observación Clínica y la Entrevista. El estudio fue no experimental, prospectivo, transversal y relacional. Los resultados mostraron una prevalencia del 56.4% en niños con hábitos bucales siendo el más predominante la respiración bucal (22.7%) y el morder objetos (22.7%), según la conformación del escalón molar, tanto en el lado derecho (67.9%) como izquierdo (70.5%) fue el mesial. Se constató que se encontrado relación significativa con el del lado derecho con respecto al plano recto con un 38.8%, por último los que no presentan hábitos bucales tendrán mayor tendencia a presentar plano recto; por lo tanto no se observó ninguna relación entre estas dos variables en el lado izquierdo (5).

Zapata Dávalos Mónica Josefina en su estudio “Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los Educadores” Lima-Perú, 2013 El estudio presento una perspectiva descriptiva, prospectiva, transversal y clínica. La muestra se trabajó con 154 niños de 06 a 12 años. Se hizo saber a los padres de familia el fin del trabajo de investigación, indicándoles el consentimiento para dando autorización a sus menores hijos para que puedan ser incluidos en la investigación. Se dio registro de los datos de la ficha clínica validada. La detección se hizo en dos fases: en una primera fase se empleó un cuestionario al padre; en una segunda fase se realizó el examen clínico al menor. Se constató que la mordida abierta anterior es más común en la deglución atípica dando una significancia estadísticamente; y relacionando la mordida abierta anterior con la succión digital. Concluyendo que si se encontró relación entre los hábitos orales y

las maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores (6).

Internacionales

Parra Iraola Sandra Susana en su estudio “Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: Revisión sistemática. Ecuador, 2018” Se realizó una revisión sistemática en bases de datos como: Scielo, LILACS, GOOGLE ACADÉMICO, sobre los hábitos bucales parafuncionales que se presentan en niños de 3 a 12 años de edad, con fechas de publicación del 2010 al 2017. Se constató que los hábitos parafuncionales forman parte de la principal causa de una maloclusión, siendo el tercer problema de salud bucodental. En la mayoría de artículos revisados demostraron que no existe significancia entre el sexo y la prevalencia de hábitos parafuncionales (7).

Castillo Jadán Ana Katherine en su estudio “Hábitos bucales deformantes en niños de tres escuelas del Barrio Motupe de la Ciudad De Loja. Período Marzo- Julio” Ecuador 2016” Se hizo un estudio de enfoque descriptivo, observacional y de corte transversal. Para la siguiente investigación se realizó una ficha clínica para poder así identificar el hábito oral que presentará el niño y un cuestionario otorgada a los padres. Se incluyeron 229 niños entre 4 a 10 años de edad cuyos padres firmaron el consentimiento informado dando autorización para que sus menores hijos fueran incluidos en la investigación; realizándoles un examen clínico y el registro en una ficha clínica previamente elaborada para el proyecto de investigación. Se constató que el hábito más frecuente fue la onicofagia con el 59%, seguida de la succión digital con un 18%, la queilofagia con el 16% y la respiración bucal con el 7%. Presentes en la edad de 9-10 años. Los resultados del cuestionario a los padres de familia se pudieron precisar que el factor de riesgo que prevaleció fue el ambiente familiar dando un 51% de hogares con predominio sobre discusiones familiares. Por lo que concluimos que podría haber una relación directa entre los hábitos bucales en los niños y el entorno en el que ellos se desarrollan (8).

Arocha Arzuaga Alina en su estudio “Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana” Cuba, 2016

Realizo un estudio de 150 estudiantes entre 6 y 7 años de edad. La primera información se logró por medio de una encuesta y la valoración clínica para cada escolar. Se constató que el sexo masculino tuvo más prevalencia en un (52,0 %), siguiendo con el mismo sexo en maloclusiones con un (59,3 %) y como hábito oral parafuncional fue el uso del biberón con un (41,1 %). Se constató que la gran parte de los estudiantes, presentaron relación entre los hábitos orales y las maloclusiones dentarias (9).

Murrieta Pruneda José Francisco en su estudio “Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009”

Se desarrolló un estudio de enfoque descriptivo, observacional, transversal y prolectivo, se contó con 211 preescolares. La detección se hizo en dos fases: 1) se utilizó un cuestionario para el padre del menor y 2) el examen físico al preescolar. Se constató que el 68.2% de la muestra presentó, un hábito oral parafuncional. Siendo el hábito más prevalente la onicofagia. Hubo significancia entre la edad y la prevalencia de hábitos orales parafuncionales, mientras no presentó significancia el género entre los hábitos orales parafuncionales (10).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Hábitos orales:

Definición:

Según la literatura se define un hábito como una costumbre o práctica que se va adquiriendo por repetición de una misma acción que llega a producir satisfacción. Un hábito puede empezar siendo consciente y luego se puede convertir en inconsciente (7).

Conforme al diccionario de la Real Academia Española, el significado de la palabra hábito es el “modo especial de proceder, que se adquiere por acciones repetidas iguales o semejantes por origen de tendencia instintiva” (5). Por lo tanto, diremos que los

hábitos orales son exactamente acciones que se repiten varias veces, siendo la mayoría de veces originada por impulsos.

Según Nahas, un hábito tendrá por resultado la repetición de una acción con un determinado fin (5).

Moyer, hace mención que los hábitos orales son patrones que han sido aprendidos por la contracción muscular. Pero la masticación será considerada como un estímulo para el crecimiento normal del maxilar superior. Los malos hábitos que pueden interrumpir con el patrón normal del crecimiento facial deben ser diferentes a los hábitos orales normales, que son parte de la función oro faríngeo y tiene un papel importante en el crecimiento craneofacial y con la dentición.

Según Ramfjord, propone que los hábitos bucales tienen un fondo psicológico y patológico las cuales van a servir como tranquilidad de la presión emocional. El exceso de trabajo, la preocupación, el estrés o tensión pueden ser factores precipitantes para causar un hábito (5).

Etiología

Son originados los hábitos orales por diversos factores, estos pueden ser por estados de estrés, de ansiedad, frustración, aburrimiento, fatiga o por cualquier situación que va a generar un ambiente o entorno tenso. Pero también no olvidemos que puede ser por falta de atención de los padres, problemas en el entorno familiar o tal vez inmadurez emocional (6,11).

Clasificación:

Existen dos tipos de hábitos las cuales son:

Hábitos Fisiológicos o funcionales: estos hábitos son los que nacen con la persona o también pueden ser hábitos que el individuo aprende, pero lo puede dejar en un determinado tiempo como el mecanismo de succión, la respiración nasal, habla, masticación y deglución.

Hábitos No Fisiológicos: estos hábitos son los que el individuo puede aprender, pero va a persistir por un largo momento y no puede dejar de realizarlo convirtiéndose en algo normal para el ser humano. Son aquellos hábitos que forman parte de los principales factores etiológicos que van a causar maloclusiones o defectos dentomaxilofaciales, por lo tanto, pueden modificar el crecimiento normal del sistema causando una deformación ósea. Entre ellos tenemos la succión del dedo, la respiración bucal, bruxismo y la deglución atípica (6,11).

Factores que modifican la acción de un hábito:

Duración: Por su duración pueden dividirse en:

- Infantil: (hasta 2 años) Forma parte del patrón normal de la conducta del infante. En concreto no hay consecuencias perjudiciales.
- Pre-escolar: (2 a 5 años) el hábito de succión puede ser ocasional, este no tiene consecuencias dañinas sobre la dentadura, pero si este hábito se vuelve constante entonces producirá malposiciones dentarias. Si el hábito termina antes de los 6 años, en la mayoría de los casos la deformación que se ocasiono será modificada positivamente y no habrá daño.
- Escolar: (6 a 12 años) estos necesitan de un análisis amplio sobre la etiología del hábito producido en el menor. Estos ocasionan maloclusiones o malformaciones dentoesqueleticas.

Frecuencia:

Se pueden presentar de forma discontinua o de forma continua, ya sea de manera diurna o nocturna.

Intensidad: Se clasifican en:

- Baja o poca intensidad: presenta poca acción muscular especialmente en los músculos buccinadores, el hábito más relevante en este caso será el de succión del dedo.
- Alta o mayor intensidad: Cuando la contracción del músculo buccinador es rápidamente visible. (2).

2.2.2 Principales hábitos orales:

2.2.2.1 Onicofagia

Definición

Este hábito es muy común. Se define la onicofagia como la costumbre de comerse las uñas con los dientes. Es observado tanto en niños como adultos pero se observa con bajo predominio antes de los 4 años y la mayoría de casos en la que se presentan estos hábitos son a los 4 a 6 años. Siendo de tipo agresivo o autodestructivo (7).

Conforme Pinkham indica que no existe relación entre la onicofagia y las malposiciones dentarias pero Moyers afirma que morderse las uñas es una de las causas de maloclusión (11).

Características clínicas:

Al examen intraoral se presenta en la mayoría de los casos desgaste dentario localizado, puede haber movimiento de la dentición, afectando a tejidos blandos llegando hasta reabsorciones radiculares.

Otras características extraorales se observa en las uñas, por el mordisqueo constante que se realiza crea heridas en las uñas, hay cambios en la coloración de la piel que esta alrededor de la uña los dedos se hinchan, hay dolor y no permite que crezca la uña.

En el ATM ocurren disfunciones y trastornos (5).

Diagnóstico:

Se realizará una evaluación intraoral y las uñas.

Tratamiento:

Se recomienda realizar actividades que necesiten realizar esfuerzo físico, que se utilice la mente y las emociones, para que así se liberen de las tensiones, estrés.

Otra manera de tratamiento puede ser en el paciente tenga un mordedor de goma, que lo utilice por cinco minutos sin parar,

cuando tenga ganas de morderse las uñas. O cuando sienta ansiedad, tome el mordedor de goma y lo muerda por cinco o diez minutos.

Lo recomendable para que el niño trate de ya no morderse las uñas, es enseñarle los buenos hábitos, dando resultados efectivos para detener el mal hábito dándole apoyo emocional y aliento para poder construir en el niño la confianza y autoestima (5).

Pero si el comportamiento del niño no cambia y persiste entonces es aconsejable ir a un especialista.

2.2.2.2 Succión de chupón y biberones

En la mayoría de países, en la cual el padre y la madre trabajan y los dos hacen sustento diario al hogar, y si tienen bebés en casa, el uso del chupón les ayudará, ya que va a calmar su llanto, va a distraer al niño y así no molestará en casa (12).

Pero es recomendable que los padres estén enterados de las desventajas del uso prolongado de los chupones o biberones durante los primeros meses por que va a complicar el desarrollo de la lactancia materna. Aparte que el uso de estos, va a cambiar la succión normal de pecho a una succión no fisiológica normal, dificultando el desarrollo bucal normal (13).

Según algunos estudios refieren que el uso del chupón después de los 2 años de edad, causaran una mordida abierta anterior, también presentaran los incisivos superiores movimientos vestibulares y los incisivos inferiores movimientos linguales, recomiendan los especialistas que tiene que realizarse una autocorrección eliminando el hábito, mientras más corta sea la edad es mejor (11).

Según Pipa menciona que él bebe empieza a usar el chupón a los 6 meses, y recomienda que esto acabe a los 3 años, para que más adelante no haya efectos de maloclusiones (14).

Consecuencias:

- Mordida abierta anterior
- Mordida cruzada posterior
- El individuo con hábito de succión desarrollará una respiración bucal, también influyen en las maloclusiones.

Consejos para el uso del chupón o biberón:

- Los chupones deben usarse después o entre comidas, no deben ofrecerse como suplentes a las comidas.
- Nunca introducir el chupón en miel o sustancia azucarada para luego dársela al niño.
- El uso del chupón es único y no debe compartirse con nadie. Deben de lavarlo constantemente para evitar el crecimiento de gérmenes.

Tratamiento:

En la mayoría de casos este hábito desaparece antes de que haya maloclusiones. Pero hay niños en que va a persistir este hábito. El padre de familia nunca debe de hacer avergonzar al niño, ni tampoco usar palabras duras, ni hacerlo sentir mal al niño, mucho menos castigarlo. Si se usa este método el niño se puede disgustar y puede agravar peor la costumbre adquirida.

- Los padres pueden ofrecer al niño una ayuda emocional, haciéndole entender que necesitar dejar ese hábito por su comodidad.
- También puede ayudar colocar el chupón en un lugar que no esté al alcance del niño, para que así el cuándo quiera lo pida.
- Se debe felicitar al niño por el esfuerzo que está haciendo al no usar el chupón. Se le puede premiar con premios durante el día, o usar palabras bonitas que hagan sentir bien al niño (13).

2.2.2.3 Succión Digital:

Definición:

Es un acto en la cual se va a llevar el dedo a la boca haciendo presión hacia el paladar y los dientes (10).

Cuando este hábito se presenta al comienzo se acepta como normal. Según los estudios se inicia en el primer año, estando presente hasta los 3 o 4 años hasta más. Si este hábito persiste entonces diremos que el niño lo hace por ansiedad o inestabilidad (4).

Según la etiología se dan dos teorías: la teoría psicoanalista menciona que los menores que tiene el hábito después de los cuatro años, van a sufrir un trastorno psicológico, y en la teoría del aprendizaje, se relaciona el hábito de succión con un hábito aprendido y practicado y se puede descartar que sea una alarma psíquica.

Pero según Johnson y Larson definen que se encuentran signos significativos que se relacionan con la teoría del aprendizaje conforme la teoría psicoanalítica (5).

Tipos:

Nutritivo: como su nombre lo dice va a nutrir al infante, por lo tanto, la madre estará en la etapa de amamantamiento o dándole leche en biberón. Todo esto le dará al menor un efecto de bienestar y seguridad.

No nutritivo: el niño realizara este hábito por satisfacer una urgencia, por falta de seguridad, necesidad de contacto solo será para que tenga esa sensación de sentirse bien (5).

Factores que modifican la acción de un hábito: según la:

Duración:

- Infantil: hasta los 3 años de edad la succión digital es normal. En una vista clínica:
 - ✓ Está presente desde el nacimiento hasta los 3 o 4 años de edad.

- ✓ Se presenta en la mayoría de los niños en la época del destete.
- Pre-escolar. Clínicamente este tipo de succión es significativo presenta entre los 4 a 7 años. Si la succión es persistente y continua dará de resultados malposiciones. Pero si la succión baja en intensidad el efecto de producirse maloclusiones puede ser revertida en la mayoría de los.

Características:

- ✓ Posiblemente el niño presente ansiedad.
- ✓ La etapa pre-escolar es la mejor para tratar este tipo de problemas.
- Escolar: se presenta después de los 7 hasta aproximadamente 12 años, cuando no se trata la succión digital, la consecuencia serán maloclusiones y malformaciones dentofaciales.

Características:

- ✓ Si la succión persiste después de los cuatro años se puede decir que estará relacionada con otros problemas ya sean psicológicos o patológicos, aparte de una simple malposición dentaria.
- ✓ Necesita tratamiento psicológico y ortodóncico (15).

Frecuencia:

Pueden presentarse de manera intermitente (diurnos) o continuos (nocturnos).

Intensidad:

Intensidad leve: se da de forma pasiva, cuando lo realiza de una manera distraída. No se observa actividad muscular, especialmente de los buccinadores

Mayor intensidad: se va a apreciar la contracción de los músculos buccinadores y periferia labial (15).

Características clínicas:

Al examen intraoral observaremos:

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores: los incisivos superiores se inclinarán hacia adelante.
- ✓ Retrusión de los incisivos inferiores: los incisivos inferiores se inclinarán hacia atrás.
- ✓ Mordida abierta anterior: no va a llegar a ocluir en el sector de adelante.
- ✓ Incompetencia labial: no podrá realizarse un correcto sellado labial.
- ✓ Mordida cruzada posterior: se observará la arcada superior posterior por dentro de la arcada inferior.
- ✓ Arco superior estrecho: el paladar se observará profundo.

Se observará en la mano:

- ✓ Un callo en el dedo con el que realiza este hábito.
- ✓ En algunos casos presenta deformación leve del dedo (5).

Según Gregoret y Pinkham refieren que este hábito produce una protrusión de los incisivos superiores, y una retrusión de los incisivos inferiores, ocasionando una mordida abierta anterior.

También refieren que si el hábito de succión digital es practicado con una fuerza más intensa, podría originar hasta una mordida cruzada debido a una comprensión en sentido transversal del hueso maxilar. Clínicamente este hábito se ve reflejado por un colapso maxilar (11).

Diagnóstico:

La primera información principal de la historia de succión digital, el padre de familia lo va a manifestar, cuando el padre dice que su menor tiene el hábito, lo que se va a evaluar ahí será: cuál es la frecuencia, la duración y con qué intensidad se realiza el hábito (5).

Tratamiento:

El tratamiento será dado según la edad, después de los 3 años, será la mejor edad para solucionar el hábito. No se tiene que amenazar ni avergonzarlo al niño. Se le tiene que explicar sobre los diferentes métodos para así poder corregir el hábito. Se puede hacer uso de una lista, donde el niño anote todas las mañanas si realizó el hábito durante la noche. La lista estará trazada por dos columnas con la palabra Si y No y los marcará con el signo + o -. Se citará al padre con el niño después de dos semanas para evaluar la lista. No se le prohibirá chuparse el dedo, pero se le tiene q decir que él tiene que llevar el control, y que el pulgar o el dedo que se chupe va fuera de la boca. Y si el hábito es predominante, y se recurre al aparato, el niño estará preparado psicológicamente para el uso del mismo (15).

Según los datos los estudios, aconsejan que el tratamiento será mejor después de los 4 años, pero si el hábito se vuelve crónico. El tratamiento utilizable se puede empezar con: tratamientos psicológicos, también se pueden utilizar aparatología ortodóncica o tratamiento miofuncional (5).

2.2.2.4 Respiración Bucal

Es el “acto de respirar por la boca compensando alguna dificultad para hacerlo nasalmente” por lo tanto diremos que es cuando una persona respira por el medio bucal tratando de recompensar algún defecto que esté ocurriendo por el medio nasal (10).

Existe la respiración buconasal y respiración bucal. La respiración buconasal, es el que va a sustituir el patrón adecuado de respiración (respiración nasal). Pero, la respiración bucal es el síntoma de un síndrome complejo (5).

La respiración normal es cuando el aire ingresa por la nariz seguida por la faringe, laringe luego la tráquea, bronquios y por último los bronquiolos terminales, que están encargadas de

transportar el aire hasta la zona respiratoria propiamente dicha, que se ubica en los pulmones (14).

Según estudio se puede dividir en tres grupos: la temporaria, que vendría ser cuando el individuo se haya resfriado; estacional, están asociadas a alergias nasorespiratorias; y por ultimo las crónicas, que vendrían a estar las obstrucciones adenoideas donde se presentan con el labio superior corto, y no hay un buen cierre labial (7).

Etiología:

En la respiración bucal es cuando se sustituye el patrón nasal por bucal o buconasal. Pero en la respiración bucal puede ser desde una obstrucción anatómica, pero el impedimento nasal u obstrucción es la causa más predominante, también se presenta por una desviación del tabique nasal, adenoides, rinitis alérgica (14).

Características:

Según los estudios, el impedimento respiratorio nasal y el mal hábito de la respiración bucal se ha vinculado a varios defectos de las facies, esqueléticas y dentales, diagnosticadas como síndrome de la cara larga o facie adenoidea que se va a caracterizar por:

- Dolifacial (dividido en tercios el que tiene mayor altura es el tercio inferior).
- Presentan ojeras.
- La forma del paladar acaba en V o U.
- No hay oclusión en la parte anterior
- Mordida cruzada posterior.
- Inflamación de las encías.
- Maxilar superior elevado
- Retrusión maxilar.
- Inclinación hacia adelante de los incisivos superiores
- Incisivos inferiores retruidos y apiñados.

- Lengua en posición atípica, se ubicará en el piso de la cavidad bucal o por los dientes.

Molestias:

El paciente siente la ausencia de aire, al momento de realizar sus actividades tiene cansancio, halitosis, cambios en el gusto y olfato, la boca se encuentra seca, tiene sueño durante el día, segrega mayor saliva al dormir o al hablar. La persona tiene una alteración de sueño ya que su descanso no es ideal, demuestra irritabilidad, no tiene buena concentración, demostrando una falta de atención, dando un efecto negativo en el aprendizaje.

Diagnóstico:

Primero se realiza la

- Observación inicial:
El profesional tiene que ser muy cuidadoso al tratar al paciente, tiene que ser muy observador, poner atención al paciente la postura que utilice cuando este en la sala de espera y en el momento que se dirige a la unidad dental, fijarse si es que presenta asimetrías en los hombros, si hay curvatura de la columna vertebral, esto ayudara para descartar un posible habito de postura.
- Anamnesis.
Para esto se tendrá que preguntar el tiempo de amamantamiento, cuando empezó a consumir productos semisólidos, el uso del chupón y mamadera, si presento alguna enfermedad nasofaríngea de tipo agudo o crónico, si el niño presenta cansancio con bajo esfuerzo, rendimiento escolar, comportamiento en casa, etc.
- Examen clínico extraoral
 - ✓ Facie adenoidea
- Examen clínico intraoral
 - ✓ Estado de las encías
 - ✓ La superficie dental

- ✓ Desarrollo transversal del maxilar superior e inferior
- ✓ Posición de la lengua
- ✓ Posicionamiento de los dientes

- Pruebas:

Si el individuo presenta alguna de estas características mencionadas, podemos descartar con pruebas diagnósticas que ayudaran a corroborar si presenta de verdad el hábito de respirador bucal.

- ✓ Reflejo nasal de Gudin

El paciente debe de dejar de respirar por 20 seg, por lo que se le comprimirá las alas de la nariz, pasado el tiempo las alas de la nariz deben dilatar volviendo a su estado normal.

- ✓ Apagar la vela

La vela tiene que apagarla en condiciones normales, colocando una vela encendida en cada uno de las ventanas nasales.

- ✓ El algodón

Se coloca una bolita pequeña de algodón en cada ventana nasal, el individuo tendrá que inhalar y exhalar y el movimiento que presente el algodón debe de ser normal.

- ✓ Espejo de Glatzel

Se pondrá un espejo pequeño por el labio superior donde se le dirá que inhale y exhale, provocando que el espejo se empañe al menos unilateralmente.

Si el tipo de diagnóstico presuntivo es el de hábito de respiración bucal se debe de referir al Otorrinolaringólogo, para que se diagnostique definitivamente, para descartar alguna presencia o no de obstrucción nasal (13).

Consecuencias:

La respiración bucal se presentara con una posición hacia adelante e inferior de la lengua; no hay oclusión de los dientes anteriores, no hay un buen cierre bilabial, la mandíbula adquiere una posición baja, el tercio inferior de la cara es más larga, maxilar superior angosto, mandíbula subdesarrollada, alteración en la posición de la cabeza, los incisivos superiores tendrán protrusión y los inferiores tendrán retrusión (1).

Tratamiento

Requiere de un equipo con muchas disciplinas:

- Un tratamiento quirúrgico que la causa será el impedimento nasal.
- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica.
- Interconsulta con fonoaudiólogo para que el individuo aprenda a respirar y solucionar problemas del habla.
- Se puede utilizar dispositivos ortodóncicos o aparato de disyunción.
- Terapia miofuncional (6).

2.2.2.5 Deglución Atípica:

Se define también como una deglución inmadura, donde la lengua hará una presión contra los incisivos durante la deglución. En otros casos, este hábito está asociado a una mordida abierta anterior (11,13).

Se puede causar por el uso del biberón; algún problema neurológico, son niños que por algún motivo tuvieron algún problema y no pueden controlar la musculatura, por lo cual no puede mantener un equilibrio en el momento de deglutir; macroglosia, se caracteriza por una lengua grande, ondulada y dan un aspecto como si no entraran en la cavidad bucal; anquiloglosia; amigdalitis, el niño colocará la lengua hacia delante, para que así la lengua no choque con las amígdalas y haya dolor; pérdida prematura de los dientes anteriores de leche.

La lengua tiene una función muy importante como en la oclusión y en la pronunciación. Por lo cual su tamaño, su posición estando en reposo y función son importantes. Existe macroglosia siendo la lengua más grande que la mandíbula, pudiendo poner la punta de la lengua en el mentón (13).

Consecuencias:

- Mordida abierta anterior.
- Mordida abierta posterior.
- Protrusión de los incisivos superiores.
- No hay un buen cierre labial.
- Diastema en el sector anterosuperior.
- Labio superior hipotónico.
- Hipertonidad de la borla del mentón (6).

Diagnóstico:

Tiene que realizarse un examen observacional con palpación, por medio de alimentos líquidos y sólidos. Para poder diagnosticar se tiene que ver la presencia de:

- Posición atípica de la lengua.
- Babeo nocturno.
- Problemas para ingerir alimentos.
- Problemas al pronunciar los fonemas.
- Si al hablar se acumula saliva.
- Se le pide al niño que pase la saliva, y si en ese momento frunce los labios y hace contracción de los músculos de la mejilla realizando una “mueca” diremos que tiene deglución atípica.

Otras pruebas diagnósticas:

Observación libre:

Se le da al niño un vaso con agua de vidrio o transparente. Se le dice que lo beba. El objetivo de este método es mirar como posiciona la lengua el niño. Se evaluara si la lengua se alarga para contactar el vaso, también si la cabeza es inclinada hacia adelante y la retrocede cuando acaba de deglutir, realiza mucho

esfuerzo con los labios cuando este bebiendo, en algunos casos se observa el movimiento de la lengua al regresar a la cavidad oral cuando acaba de deglutir.

Manipulación de los labios:

Según Hanson y Barret. Será un método de deglución con líquidos. Se le pide al niño que tome un sorbo y no se lo pase hasta que se le ordene. El logopeda coloca el dedo pulgar en el cartílago tiroideos y le ordena que pase el agua justo cuando la laringe asciende separando el sellado labial. Si el niño tiene deglución atípica se observa la protrusión lingual, realizando una actividad mayor del mentón y no hay contracción de los maseteros. También se puede utilizar un expansor de labios, poniendo agua en una jeringuilla dentro de la boca, se le dice al niño que mantenga el agua y luego se le ordena que se lo pase (5).

Tratamiento:

Se tomará una terapia miofuncional, con ejercicios para eliminar la deglución atípica, imponiendo un nuevo patrón fisiológico de deglución normal.

- ✓ Recuperar de la posición lingual correcta: con una pastilla de menta, se le da al niño para que la mantenga con la punta de la lengua en las rugosidades del paladar. Por lo tanto, se juntará saliva y el tendrá que deglutirlo, manteniendo la pastilla hasta que se disuelva, el paciente irá educando su lengua y sus músculos para que trabajen de manera correcta, se puede complementar con aparatos ortodónticos como:
- ✓ Los restrictores, que su objetivo será restringir que la deglución atípica continúe y altere la oclusión, se usará las rejillas o trampa lingual removible.
- ✓ Los estimuladores, tendremos la Perla de Tucat en un retenedor de tipo Hawley, Pantalla Vestibular (6).

2.2.2.6 Queilofagia, Interposición Labial o Succión Labial

Se puede definir como el acto de mordisquear o chuparse el labio sobre todo en el labio inferior pero en menos predominio en el labio superior (13).

El movimiento que hace el labio inferior es interponerse detrás de los incisivos superiores, y van a causar una fuerza hacia vestibular sobre estos incisivos y una fuerza sobre los incisivos inferiores.

Según algunos autores refieren que la succión de labio no es causa para maloclusiones, sino es una consecuencia de ella por lo que diremos que este hábito es resultado de la deglución atípica o hábito de succión digital (5).

Características clínicas:

Según Pinkham los individuos tendrán características como protrusión superior debido a la interposición del labio inferior entre los incisivos superior e inferiores, los incisivos superiores se vestibularizaran y los inferiores se lingualizaran causando una overjet pronunciado con una mordida abierta anterior (6).

Cuando el hábito se demuestra más dominante, habrá un enrojecimiento debajo del bode bermejo, se acentúa el surco mentolabial, se agrieta los labios y existe irritación.

Cuando existe una fuerza mayor del labio inferior esto va a ocasionar un retraso y no se desarrolla bien el arco mandibular (5).

Causas:

- El tipo de estilo de vida
- Si existe un ambiente familiar violento
- Si hay cambios en el ambiente familiar
- Estrés (13).

Consecuencias:

- Trastorno muscular
- Alteración en el desarrollo del arco mandibular
- Maloclusiones (1).

Tratamiento:

El tratamiento es según la necesidad de su etiología, dependiendo si se encuentra relacionado con la succión de dedo o de labio donde este se tratará con un aparato ortodóntico (5).

También se recomienda que esté presente la ayuda psicológica. Primero se tiene que estar consiente que el niño realiza este hábito y ver la mejor manera de ayudarlo con métodos de prevención o tratamiento. Se recomienda que antes de que descanse el individuo se aplique aceite de oliva o hidratantes de cacao a los labios (13).

Se sugiere para este tipo de hábito el lip bumper es un aparato fijo de forma pasiva, se encargara de separar el labio inferior de los incisivos inferiores, por lo cual ya no se posicionaran en la parte palatina de los incisivos superiores, así se desarrollara normal la arcada mandibular (12).

2.3 Marco Conceptual

Prevalencia: Mide o cuantifica la proporción de individuos que se encuentran enfermos en el periodo de evaluar el padecimiento en la población (16).

Frecuencia: Se encarga de medir el número de casos con que la enfermedad aparece en un grupo de individuos. Las medidas de frecuencia de enfermedad que son más utilizadas las reunimos en dos categorías: Prevalencia e incidencia (17).

Hábitos orales: Son acciones que se repiten varias veces, siendo la mayoría de veces originada por impulsos. Que en la mayoría de veces forman parte de las causas de las maloclusiones o defectos dentomaxilofaciales (5).

Principales hábitos orales:

Onicofagia: Se define como la costumbre de comerse las uñas con los dientes (7).

Succión del chupón y biberones:

El chupón en si no tiene función, lo que tiene es una propiedad de calmar al bebe con el estímulo de succión.

Succión Digital:

Es un acto en la cual se va a llevar el dedo a la boca haciendo presión hacia el paladar y los dientes (10).

Respiración Bucal:

Es el acto de respirar por la boca compensando alguna dificultad para hacerlo nasalmente (10).

Deglución Atípica:

Se define también como una deglución inmadura, donde la lengua hará una presión contra los incisivos durante la deglución (11).

Queilofagia: el acto de mordisquear o chuparse el labio sobretodo en el labio inferior pero en menos predominio en el labio superior (13)

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación

Según la intervención del investigador es observacional porque el investigador se va a limitar a observar, medir y analizar las variables. Según la toma de datos es prospectivo ya que se tomarán datos nuevos a propósito del estudio. El estudio es transversal porque solo se midió una vez. El enfoque es descriptivo ya que se va a estudiar un fenómeno la cual se va a detallar ese fenómeno estudiado.

3.2 Diseño de Investigación

Corresponde a un diseño descriptivo prospectivo.

3.3 Población

Mi población de estudio estuvo constituida por 197 alumnos del nivel primario de 6 a 12 años de edad que estudian en la Institución Educativa Simón Bolívar del año 2019. Los cuales cumplieron con los criterios de elegibilidad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a. Criterios de inclusión

- Todos aquellos alumnos que sus padres hayan aceptado la participación por medio de la firma del consentimiento informado.
- Alumnos de 6 a 12 años.
- Alumnos matriculados legalmente.
- Alumnos que asistan normalmente a clases.

b. Criterios de exclusión

- Niños que hayan sido tratados en ortodoncia interceptiva
- Niños que estén en tratamiento de ortodoncia interceptiva
- Niños con malformaciones congénitas (ejemplo fisura labioalveolopalatina).

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica:

Se utilizó para la técnica de recolección de datos la observación clínica y la entrevista.

Instrumento:

El estudio estuvo conformado por dos fases: la aplicación de una entrevista y una ficha de observación clínica. En la primera fase se realizó una entrevista al padre de familia, que estuvo compuesta por cuatro preguntas las cuales estaban direccionadas a comprobar los posibles hábitos que presenten los niños como: si se muerde o no las uñas, si succiona o no el dedo, si se muerde o no el labio, sobre el tipo de lactancia el ambiente familiar, peso del niño al nacer y edad de la madre al dar a luz. En la segunda fase se aplicó una ficha de observación clínica que fue empleado en una tesis “Hábitos bucales deformantes en niños de tres escuelas del barrio Motupe de la ciudad de Loja. Período marzo- julio 2016” en la Universidad Nacional de Loja, donde se realizó a cada alumno una exploración intraoral y extraoral con el fin de encontrar características que determinen la presencia de hábitos parafuncionales, se registró la información en lo que respecta a la edad, género, frecuencia, presencia o no de hábitos orales como: succión digital, deglución atípica, onicofagia, queilofagia, uso de chupetes y biberones, respiración bucal.

Estrategias:

Primero se trabajó en la fase organizativa, donde se realizó una reunión con el director de la Institución Educativa Simón Bolívar para dar a conocer el objetivo del estudio. Después se convocó a una reunión con los padres o tutores de los niños sobre la investigación, dándoles a conocer en qué consistiría y que no se pondrá en riesgo ni daño la salud del niño, se les

pedirá que firmen el consentimiento informado a los padres de los niños que estén de acuerdo en participar en la investigación.

En la fase clínica de observación se hizo una exploración intraoral y extraoral, donde se registró la información en lo que respecta a la edad, género, presencia o no de hábitos bucales como la succión digital, deglución atípica, onicofagia, queilofagia, uso de chupetes y biberones, respiración bucal. Para poder diagnosticar cada hábito realizamos las siguientes pruebas, en la onicofagia, se revisó las uñas de los niños, en el hábito de la queilofagia, se enfocó en los labios si estaban con alguna herida o lastimados, en el hábito de la respiración bucal se utilizó la prueba del Reflejo nasal de Gudín, que consistió en tapar la nariz del niño durante 20 segundos, donde al exhalar las alas de la nariz volverían a su estado normal. También utilice la prueba del espejo de Glatzel; donde se colocó un pequeño espejo de Glatzel encima del labio superior del niño, con la boca cerrada tenía que inhalar y exhalar, dando de resultado un espejo empañado asimétricamente o simétricamente, en el caso del hábito de la succión digital, se le pidió al niño que muestre sus manos y se revisó sus dedos, y por último en la deglución atípica se realizó la prueba de la observación libre, donde cada niño tenía que tomar agua en un vaso transparente descartable, al tomar el agua si el niño realizaba algún movimiento con la lengua, dirigiéndola hacia afuera o si la cabeza se inclinaba hacia adelante. El registro de información se llevó a cabo en el horario de Educación Física, la cual ya se había coordinado con los profesores de dicho curso, dando el pase para poder utilizar la hora pedagógica de cada grado. El estudio estaba conformado por los alumnos del 1er grado hasta el 6to grado académico, la hora en que se tomaba las muestras era desde las 7:45 am hasta las 9:45 am, en los días lunes, miércoles y viernes en los meses de octubre y noviembre.

También se realizó un registro fotográfico en los casos más relevantes intraorales y extraorales, a los niños con presencia de hábitos bucales parafuncionales. La cámara que se utilizó en el estudio fue de la marca Canon 7D.

3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Para el procesamiento y análisis estadístico de la información se desarrolló por medio del programa estadístico SPSS versión 22. Primero se efectuó un análisis descriptivo donde se estimó mediante la estadística descriptiva según el objetivo general y específico, además de la media, desviación estándar y el porcentaje de la misma.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

TABLA 1
FRECUENCIA DE HABITOS PARAFUNCIONALES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS

Total 158 Hábitos Parafuncionales

Hábitos Parafuncionales	N	%
Onicofagia	66	33,5
Queilofagia	36	18,3
Respirador Bucal	23	11,7
Succión Digital	22	11,2
Deglución Atípica	11	5,6
Uso Biberón	0	

En la tabla 1 se observa la frecuencia de hábitos parafuncionales en niños de 6 a 12 años de edad, donde una tercera parte de los niños estudiados presentan onicofagia, y es la que se presenta con mayor frecuencia de hábitos parafuncionales, seguida de la queilofagia, donde dos de cada diez niños (18.3%). Los hábitos de Respiración Bucal y la Succión digital presentan frecuencias muy similares con 11.7 y 11.2% respectivamente por ultimo la Deglución Atípica con un 5,6%.

TABLA 2
PREVALENCIA DE HABITOS PARAFUNCIONALES SEGÚN GÉNERO

	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	50	52,63	45	47,37	95	100,00
Femenino	57	55,88	45	44,12	102	100,00
TOTAL	107	54,31	90	45,69	197	100,00

En la tabla 2, se puede observar que la mitad de la población estudiada presenta hábitos orales parafuncionales, siendo el sexo femenino el que presentó frecuencias ligeramente superiores al del sexo masculino con 55.88% y 52.63% respectivamente, donde estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

TABLA 3
PREVALENCIA DE HABITOS PARAFUNCIONALES SEGÚN EDAD

	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Seis	3	30,00	7	70,00	10	100,00
Siete	11	40,74	16	59,26	27	100,00
Ocho	20	57,14	15	42,86	35	100,00
Nueve	17	54,84	14	45,16	31	100,00
Diez	27	65,85	14	34,15	41	100,00
Once	14	58,33	10	41,67	24	100,00
Doce	15	51,72	14	48,28	29	100,00
TOTAL	107	54,31	90	45,69	197	100,00

1. En la tabla 3, se observa que más de la mitad de la población de estudio presenta hábitos parafuncionales desde los 8 años hasta los 12 años, siendo a los 10 años donde se presenta la mayor frecuencia con un 65,85%, seguido de las edades once, ocho, nueve y doce con un 58,33%, 57,14%, 54,84% y 51,72% respectivamente; y encontramos con menor frecuencia a las edades de seis y siete años con un 30,00% y 40,74% respectivamente. Donde los hábitos orales parafuncionales se presentan con mayores frecuencias a medida que aumenta la edad.

4.2 Discusión de Resultados

La frecuencia de los hábitos parafuncionales en la tabla 1 se encontró mayor frecuencia en la Onicofagia con un 33,5%, seguido de la Queilofagia con un 18,3%, el Respirador bucal y la Succión digital presentan una misma frecuencia de 11,7% y como menor frecuencia de 5,6% se encuentra la Deglución Atípica.

Al obtener dichos resultados, se puede decir que los niños que practican estos hábitos anómalos es de cierta forma para atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a factores condicionantes como el estilo de vida, la calidad de relación intrafamiliar, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar, por lo tanto la probabilidad de desarrollar algún hábito parafuncional es mayor. La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan los dientes entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

Resultados similares fueron encontrados en la investigación de Zapata M. en el trabajo titulado: “Prevalencia de Hábitos Bucles y su Relación con Maloclusiones Dentarias en niños de 06 a 12 años en el Colegio los Educadores”, se observa mayor prevalencia de hábito de onicofagia (25.3%), como segundo hábito más frecuente la succión digital (18.2%) y el bruxismo en tercer lugar (12.3%). En porcentajes muy bajos se encuentra la deglución atípica, succión de labio y respiración oral con un 1,3%, 0,6% y 1,3% respectivamente (6).

La prevalencia de los hábitos parafuncionales según el género en la tabla 2, se observó que del total de la población que presentan los hábitos es un 54,31%, siendo el sexo femenino el que presenta un 55,88% y el masculino con un 52,63%.

Al obtener dichos resultados, se puede decir en cuanto al género, que la probabilidad de desarrollar los hábitos parafuncionales en cuestión es similar para ambos géneros. Pero se observa que en el sexo femenino es mayor que en el sexo masculino, donde no presenta una estadística significativa. Dando a entender que los hábitos parafuncionales no tienen establecido un género en específico.

Resultados difieren de los encontrados en la investigación de Murrieta J., Allendelagua R., Pérez L., Juárez L., Meléndez A., Zurita V. y Solleiro M., en el trabajo titulado: "Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009" se observó que, de acuerdo con el género, el masculino mostró un mayor porcentaje de casos de hábitos bucales parafuncionales (35.0%), en comparación con el femenino (33.2%) (10). Así también como los encontrados en Castillo A. en la investigación titulada: "Hábitos Bucles Deformantes en Niños de tres Escuelas del Barrio Motupe de la Ciudad de Loja. Período Marzo- Julio 2016" se encontró en el género masculino una frecuencia de 53% de niños con presencia de hábitos bucales deformantes, mientras que en el sexo femenino se encontró una frecuencia de 47% (13).

La prevalencia de hábitos parafuncionales según la edad en la tabla 3, se observó que más de la mitad de la población de estudio presenta hábitos parafuncionales desde los ocho años hasta los doce, siendo a los diez años el que presenta mayor frecuencia con un 65,85% y encontramos con menor frecuencia a las edades de seis y siete años con un 30,00% y 40,74% respectivamente.

Al obtener dichos resultados, se puede decir que los hábitos parafuncionales conforme se incrementa la edad, el riesgo de desarrollar estos tipos de hábitos es mayor. Donde afirmaremos que si no se corrige el hábito parafuncional ya sea con ayuda psicológica o familiar, el niño seguirá realizando el hábito y se volverá perjudicial. La prevalencia de estos hábitos dependerá de la edad del niño, ya que en edades entre 2-6 años, la succión digital y del chupete está ampliamente extendida, mientras que en los niños

mayores de 6 años lo son la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica.

Resultados similares fueron encontrados en la investigación de Castillo A. donde se observó que los hábitos bucales deformantes predominaron en la edad de 9-10 años con un porcentaje de 45%(N=34) seguido de la edad de 7-8 años con un 34%(N=26) y luego la edad de 4-6 años con un porcentaje de 21%(N=16) (13).

CONCLUSIONES

1. El 33,5% de la población presenta Onicofagia, seguido de la Queilofagia con un 18,3%, el Respirador bucal y la Succión digital presentan una misma frecuencia de 11,7% y como menor frecuencia de 5,6% se encuentra la Deglución Atípica.
2. El 54.31% de la población estudiada presentan hábitos parafuncionales, siendo la prevalencia en el sexo femenino ligeramente superior al masculino con un 55.88% y 52.63%.
3. Los hábitos parafuncionales se presentan en mayor frecuencia a la edad de diez años alcanzando un 65.85%, disminuyendo a los seis y siete años con un 30.0% y 40.74% respectivamente

RECOMENDACIONES

- Aportaría al estudio considerar el tipo de población según los factores socioeconómicos y socioculturales para determinar si estas variables influyen en la prevalencia de hábitos parafuncionales.
- Considerar el aspecto psicológico y trabajar de manera coordinada con el departamento de psicología de la Institución Educativa y evaluar la presencia de hábitos orales parafuncionales y la presencia de malposiciones dentarias y deformaciones maxilares.
- Realizar una investigación donde se pueda incluir un cuestionario, en el que se pueda evaluar la ansiedad, la duración, frecuencia e intensidad de los hábitos que presentan, de esa manera podemos tener un estudio más completo.
- Realizar actividades de Promoción de Salud en la población y en las Instituciones Educativas para poder elevar el nivel de conocimiento en los padres y docentes, para una detección temprana de hábitos parafuncionales y sus efectos que pueden llegar a ser perjudiciales sobre el desarrollo la dentición temporal y permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trocones Tucto Atalia Esther. Asociación entre Hábitos orales y la Prevalencia de Maloclusión dentaria en niños de 7-12 años. 2018;114.
2. Merly TA. Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017. 2017;65.
3. Pampa Mamani, Ruth Nancy - Quispe Choquemamani Dep. Relación entre los hábitos bucales perniciosos con maloclusiones en estudiantes Institución Educativa Primaria No 70547 Juliaca, 2017. 2017;89.
4. Benigno JGM. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I . E . P . Mater Purissima en el año 2017. 2018;
5. Yamely Noelia Mamani Quispe. Niños De 3 a 5 Años. 2018;19.
6. Zapata M. Prevalencia de hábitos bucales y su relacion con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores [Tesis de Titulación]. 2013;87.
7. Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. Int J Odontostomatol. 2018;12(2):188–93.
8. Katherine ANA, Jadan C. ALUMNA : 2016;
9. Pérez Y, Granados E, Aranda S, Arocha A. Lic. María Silvia Aranda Godínez,. Medisan. 2016;20(4):426–32.
10. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua Bello IR, Perez Silva LE, Juárez-lópez LA, Linares Vieyra C, Meléndez Ocampo AF, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011;68(1):26–33.
11. Del P, Fusagasugá MDE, Andrea L, Novoa O, Elena B, Avila A. Presentado

- por. 2013;1–76.
12. Escola M. Alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales. Repositorio Universidad Central del Ecuador. 2017. [aprox. 90p.].
 13. Castillo K. Hábitos Bucales Deformantes En Niños De Tres Escuelas Del Barrio Motupe De La Ciudad De Loja. Período Marzo- Julio 2016. 2016
 14. Accardi Barrientos K. Prevalencia de Malos Hábitos orales y su asociación con anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años, Comuna Dalcahue, Chiloé. Unab. 2016;8–9.
 15. Viquez M. “Hábitos de succión digital y deglución atípica”. 2010. 2010;2–57
 16. Fajardo-gutiérrez A. Measurement in epidemiology: prevalence , incidence , risk , impact measures Medición en epidemiología: prevalencia , incidencia , riesgo , medidas de impacto Resumen. 64(1):109-20.
1. TROCONES TUCTO Atalia Esther. Asociación entre Hábitos orales y la Prevalencia de Maloclusión dentaria en niños de 7-12 años. 2018;114.
 2. Merly TA. Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017. 2017;65.
 3. PAMPA MAMANI, RUTH NANCY - QUISPE CHOQUEMAMANI DEP. Relación entre los hábitos bucales perniciosos con maloclusiones en estudiantes Institución Educativa Primaria No 70547 Juliaca, 2017. 2017;89.
 4. Benigno JGM. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I . E . P . Mater Purissima en el año 2017. 2018;
 5. YAMELY NOELIA MAMANI QUISPE. Niños De 3 a 5 Años. 2018;19.
 6. Zapata M. Prevalencia de hábitos bucales y su relacion con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores [Tesis de Titulación]. 2013;87.
 7. Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. Int J Odontostomatol. 2018;12(2):188-93.
 8. Katherine ANA, Jadan C. ALUMNA : 2016;
 9. Pérez Y, Granados E, Aranda S, Arocha A. Lic. María Silvia Aranda Godínez,. Medisan. 2016;20(4):426-32.

10. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua Bello IR, Perez Silva LE, Juárez-lópez LA, Linares Vieyra C, Meléndez Ocampo AF, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011;68(1):26-33.
11. Del P, Fusagasugá MDE, Andrea L, Novoa O, Elena B, Avila A. Presentado por. 2013;1-76.
12. Escola M. Alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales [Internet]. Repositorio Universidad Central del Ecuador. 2017. [aprox. 90p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10114/1/T-UCE-0015-626.pdf>
13. Castillo K. Hábitos Bucles Deformantes En Niños De Tres Escuelas Del Barrio Motupe De La Ciudad De Loja. Período Marzo- Julio 2016. 2016;
14. Accardi Barrientos K. Prevalencia de Malos Hábitos orales y su asociación con anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años, Comuna Dalcahue, Chiloé. Unab [Internet]. 2016;8-9. Disponible en: http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/3175/a117540_Accardi_K_Prevalencia_de_malos_habitos_orales_2016_Tesis.pdf?sequence=1
15. Viquez M. "Hábitos de succión digital y deglución atípica". 2010. 2010;2-57.
16. Fajardo-gutiérrez A. Measurement in epidemiology : prevalence , incidence , risk , impact measures Medición en epidemiología: prevalencia , incidencia , riesgo , medidas de impacto Resumen. 64(1):109-20.
17. Pita Fernández S, Pértegas Díaz S VCF. Investigación: Medidas de frecuencia de enfermedad: incidencia y prevalencia. Aten primaria en la red [Internet]. 2004;(112):6. Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec2.pdf