

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE

“BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ”

TÍTULO: Asociación de hábitos bucales deformantes con las maloclusiones en la escuela primaria “Pedro Martínez Brito” del municipio Ciego de Ávila.

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

Autora: Dra. Idania García Dorta.

Ciego de Ávila, 2015

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE

“BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ”

TÍTULO: Asociación de hábitos bucales deformantes con las maloclusiones en la escuela primaria “Pedro Martínez Brito” del municipio de Ciego de Ávila.

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

Autora: Dra. Idania García Dorta.

**Tutora: Dra. Yadirra Estrada Guerra.
Especialista en EGI.
Profesora Instructora.**

**Asesora: Msc. Letissia Giance Paz.
Profesora Asistente.**

Ciego de Ávila, 2015

PENSAMIENTO

Siempre que existan tantas cabezas ardientes de batas blancas llenas de fe y de esperanza tratando de hacer posible lo imposible pensemos que no todo está perdido.

Fidel Castro Ruz

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, en especial mención a mi madre Yolanda Elena Dorta Castillo por su gran amor incondicional, gracias a sus consejos, por formarme como una persona responsable, perseverante y siempre dando ánimo para realizar mi sueño de ser especialista, a mis hermanos Mailén Martínez Dorta, Josel Martínez Dorta y a mi tía Mercedes Eugenia Dorta Castillo por ser un apoyo.

A Dios por darme la fuerza y la fe en seguir adelante ante las adversidades que presenta la vida, por darme tantas bendiciones y estar siempre presente en mi camino.

A mis amigos que me dieron ánimos, fortaleza y risas.

A mi tutora de tesis la Dra. Yadira Estrada Guerra y a mi asesora Letissia Giance Paz por su gran paciencia, conocimiento, entrega, tiempo y apoyo para esta investigación.

¡Muchas gracias!

DEDICATORIA

A mi **madre**.

A mis **hermanos**.

A mi **tía**.

RESUMEN

Para el logro de la salud bucal resulta de gran importancia realizar el control de hábitos bucales deformantes (HBD) muy común en los niños y que puede considerarse normal hasta los dos años y medio, después de esta edad debe eliminarse, por su repercusión en el desarrollo de maloclusiones que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social y económico por lo costoso de estos tratamientos. Se realizó un estudio observacional descriptivo para identificar la asociación de los hábitos bucales deformantes con las maloclusiones en niños de 7 a 12 años de la escuela primaria “Pedro Martínez Brito”, durante el curso escolar 2014 – 2015. El universo de estudio estuvo constituido por 458 niños, para lo cual se tomó una muestra de 200 niños de ambos sexos. Se utilizó como método estadístico la distribución de frecuencia absoluta y relativa, donde se creó una base de datos en Excel. Los hábitos bucales deformantes actúan significativamente con las maloclusiones, fundamentalmente el empuje lingual, y la asociación de hábitos en un mismo individuo; se recomendó realizar acciones preventivas para evitar la aparición de hábitos bucales deformantes y maloclusiones.

Palabras Claves: HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES/ MALOCLUSIONES/ PREVENCIÓN EN SALUD.

ÍNDICE:

Introducción	1
Objetivos	3
Marco teórico	5
Método	22
Resultados y discusión	26
Conclusiones	31
Recomendaciones	32
Referencias bibliográficas	33
Anexos	

INTRODUCCIÓN:

Con el triunfo revolucionario, a la salud del pueblo le fue concedida alta prioridad. Los servicios estomatológicos se hicieron gratuitos, ampliaron y evolucionaron hacia un enfoque preventivo (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Estudios epidemiológicos en relación con su prevalencia indican que más del 60 % de la población infantil está afectada por dicha entidad (2).

Dentro de la etiología de la maloclusión, los hábitos bucales deletéreos de la musculatura orofacial son puntos clave, por lo que se considera necesaria la prevención, interrupción y tratamiento interoceptivo precoz mediante su modificación. (3). En 1996, encuestas realizadas en Cuba revelaron que el 68,15% de los niños presentaron hábitos deformantes, en el 2001 en el centro escolar 26 de julio en Santiago de Cuba en infantes aportó datos alarmantes de maloclusión (71,3%) y el 28,5% de estos escolares eran succionadores digitales (4).

La función deficiente del sistema masticatorio y las anomalías del crecimiento facial, son de origen multicausal, las más comunes son las adquiridas como resultados de los hábitos bucales deformantes (5,6). El hábito se define como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo hábito, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente a lo inconsciente (7).

Estos hábitos pueden clasificarse en dos grupos: hábitos beneficiosos o funcionales, que son aquellos cuya práctica de una función normal, realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal. La masticación, la deglución y la respiración normal constituyen ejemplos de hábitos beneficiosos funcionales. Hábitos perjudiciales, con los que resultan de una prevención de una función normal, o los que se adquieren por prácticas repetidas de un acto que no es funcional y necesario el empuje lingual, la succión digital, el mordisqueo de la lengua son ejemplos de estos hábitos (8).

La práctica de los hábitos perjudiciales puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatológico, y como consecuencia de ellos anomalías del aparato masticatorio tanto morfológicas como funcionales. La deformidad provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores: la edad en que se inicia, el tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito, la frecuencia de este, es decir el número de veces al día. Estos son capaces de producir efectos negativos como son trastornos del lenguaje y del desarrollo físico y emocional del individuo (9-10).

Algunos investigadores han planteado que la lengua y los músculos faciales determinan el tamaño de los arcos dentarios y el apiñamiento o espaciamiento de los dientes, por lo que han dicho que la posición de los dientes está regida por la presión que ejercen los músculos de los labios, mejillas y lengua, a pesar de ser una presión “pequeña, pero prolongada”, puede producir desplazamiento de los dientes (11).

Una vez que se han identificado y cuantificado los hábitos bucales deformantes asociados a las maloclusiones es posible estimar la probabilidad de que en cierto grupo de personas ocurra un daño a la salud.

Con esta investigación se pretende conocer la asociación de malos hábitos orales y maloclusiones en niños de 7 a 12 años de la escuela primaria “Pedro Martínez Brito” del Municipio de Ciego de Ávila.

Problema científico:

¿Existirá asociación entre los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones en la escuela primaria “Pedro Martínez Brito” del municipio de Ciego de Ávila?

Objeto: Las Maloclusiones.

Campo: Los hábitos bucales deformantes

Hipótesis.

Si se conocen los hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años de la escuela primaria “Pedro Martínez Brito” entonces se podrán realizar acciones preventivas en el tratamiento de las maloclusiones.

En el desarrollo de la investigación se pusieron en práctica diversos métodos, tanto del nivel teórico como del nivel empírico, que fueron seleccionados y aplicados sobre la base de las exigencias del enfoque dialéctico-materialista.

Métodos teóricos:

Histórico-lógico: Para estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia en la determinación de la evolución histórica de los hábitos bucales y las maloclusiones.

Inductivo-deductivo: Para establecer las generalizaciones que permitieron confirmar o rechazar empíricamente la hipótesis.

Análisis y síntesis: Analizar y penetrar en lo fundamental de lo observado, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema, en la caracterización y análisis del objeto y el campo de investigación.

Abstracción científica: Para arribar a conceptos y generalizaciones.

Métodos empíricos:

Observación directa: Durante todo el proceso de búsqueda de información.

Entrevista: Se empleó para el sustento de la recogida de datos e información propio de la investigación validada mediante criterio de expertos.

Para el análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva (tablas de distribución de frecuencia) y para probar la hipótesis planteada y la valoración de las incidencias de los datos derivados se utilizó el análisis porcentual.

Objetivo General

Identificar la presencia de hábitos bucales deformantes en niños de 7 a 12 años con las maloclusiones de la escuela primaria "Pedro Martínez Brito".

Específicos

- 1- Caracterizar la población estudiada según edad y sexo.
- 2-Identificar los hábitos bucales más frecuentes en la población objeto de estudio.
- 3-Relacionar los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones en los niños estudiados.

MARCO TEÓRICO:

Los hábitos bucales deformantes constituyen una causa primaria o secundaria de las maloclusiones, son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes, pueden ser causas de anomalías dentomaxilofaciales (12), suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento; además aparecen por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional; interfiriendo en el normal desarrollo de los procesos alveolares; estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras dentomaxilofaciales. El grado de alteración producida dependerá de la edad, duración, intensidad y frecuencia del hábito (13).

Los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes. Pueden ser beneficiosos o perjudiciales. De acuerdo a la edad del paciente, su biotipo y la duración e intensidad con que se realice el hábito, así serán las anomalías dentomaxilofaciales que se presenten. Aquello que se hace indeliberadamente

por haberse adquirido haciéndolo antes, consciente o inconsciente, muchas veces. Se llama también costumbre. Facilidad adquirida por la constante práctica (12,14).

Etiológicamente los hábitos dañinos se pueden clasificar en:

Intensivos: como el hábito de succión, el cual al principio es funcional, pero puede tornarse perjudicial por la persistencia.

Placenteros: algunos se tornan placenteros como es el caso de la succión digital.

Defensivos: en los casos de los niños que presentan rinitis alérgicas y asma la respiración se torna en un hábito defensivo.

Hereditarios: algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden conllevar a un hábito concomitante, como el de la lengua bífida.

Adquirido: la fonación nasal que se aprecia en los fisurados. Las conocidas como golpe glótico para los fonemas K, G y J.

Imitativo: la forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, hacer muecas.

Tipos de hábitos bucales deformantes:

Deglución:

La deglución es un reflejo alimentario y protector. Puede ser reflejado por la estimulación mecánica de un bolo en la faringe o por estimulación química por agua en la laringe. La deglución evocada en la laringe protege también la vía de aire contra una mayor penetración. El acto normal de la deglución es aquel en el cual los músculos de la masticación se emplean para llevar a estrechos contactos dientes y maxilares y mantenerlo así durante todo el proceso. La deglución típica se produce con los dientes y con la punta de la lengua contra la porción anterior del paladar y las caras linguales de los incisivos superiores (15).

Proffit 2000, definió la deglución atípica como:

La colocación de la punta de la lengua anteriormente entre los incisivos durante la deglución, pero no puede ser considerado como un hábito en el sentido habitual ya que la deglución no es una conducta aprendida, pero está integrada y controlada fisiológicamente a niveles subconscientes. Sin embargo, los individuos con maloclusiones de mordida abierta anterior colocan la lengua entre los dientes

anteriores al tragar, mientras que los que presentan relaciones incisales normales no lo hacen, por lo que por esta razón se le atribuye el problema de la mordida abierta a este patrón de actividad lingual (15).

Hábito incorrecto de deglución o empuje lingual:

Es el hábito anormal de deglución, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia delante entre los dientes, después los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que la lengua toca los dientes superiores e inferiores (15).

Etiología:

La etiología de este hábito es variada, puede verse como un remanente de la succión del pulgar, producto del mal hábito por parte de los padres de alimentar al niño con tetaras después del brote de los dientes, o como un hábito por sí, frecuentemente se aprende de temprano en la vida cuando ha habido transiliasis o faringitis (15).

Cualquier dolor crónico de la garganta puede forzar la lengua hacia delante, sobre todo durante la deglución. En el paciente que presenta hábito de deglución anormal se puede observar adaquia, diastemas en el sector anterior en ambas arca-das. Barnette cita que la presión de la lengua contra los dientes anteroinferiores al deglutir o en reposo pueden provocar la protrusión de éstos y una mordida cruzada anterior. En tales casos junto con la protrusión mandibular se observa a menudo un menor desarrollo del maxilar superior (15).

Deglución infantil normal:

Durante esta deglución la lengua descansa entre las almohadillas gingivales y la mandíbula es estabilizada por contracciones de los músculos faciales. El buccinador es especialmente fuerte en la deglución infantil, como lo es durante la alimentación infantil (15).

La deglución infantil normal se ve en el neonato y gradualmente desaparece con la erupción de los dientes anteriores en la dentición primaria. Por lo tanto se ve con menos frecuencia en el examen estomatológico de los niños. El cese de

la deglución infantil y la aparición de la deglución madura, no son fenómenos simples ocasionales, sino elementos entremezclados durante la dentición primaria, y a veces hasta en los comienzos de la dentición mixta. Esta aparición normal de rasgos de ambas degluciones, la infantil y la madura, es denominada "La deglución transicional" (15).

La disminución de la actividad del buccinador es parte del período transaccional, pero el rasgo más característico del comienzo del cese de la deglución infantil es la aparición de contracciones de los elevadores mandibulares durante la deglución para estabilizar los dientes en oclusión (15).

Deglución madura normal:

Está caracterizada por la muy poca actividad de labios y carrillos, y la contracción de los elevadores mandibulares que llevan los dientes a oclusión. La cantidad de actividad labial durante la deglución normal madura depende de la capacidad de la lengua de efectuar un sellado valvular completo contra los dientes y procesos alveolares (15).

Durante la dentición mixta, cuando algunos dientes están faltando y hay separación dentaria normal, los labios pueden contraerse un poco para asegurar el cierre. Todos estos rasgos no se ven al mismo tiempo en todos los tipos de deglución en niños pequeños durante el período transaccional. Por esta razón, es importante estudiar varias degluciones. La deglución indicada de saliva, la deglución indicada de agua, la deglución inconsciente de saliva, y la deglución durante la masticación. La más importante y discriminativa es la deglución inconsciente (15).

La más apta para confundir es la indicada de agua, y la más apta para ser observada ocasionalmente con "empuje lingual" es la deglución durante la masticación.

Deglución con empuje lingual simple:

Esta deglución muestra típicamente contracciones de los labios, del músculo mentoniano y los elevadores mandibulares, y los dientes están en oclusión, mientras la lengua protruye en una mordida abierta. Hay una deglución normal con dientes juntos, pero existe "un empuje lingual" es sencillamente un

mecanismo adaptativo para mantener una mordida abierta creada por alguna otra cosa, habitualmente succión del pulgar. La mordida abierta en un empuje lingual simple está más bien circunscrita; esto es, si se estudia los dientes o los modelos en oclusión, la mordida abierta tiene un comienzo y un final definido. Cuando se observa un paciente con empuje lingual simple, controlar cuidadosamente si ha habido una succión digital crónica, una deglución con empuje lingual simple puede encontrarse con amígdalas hipertrofiadas, que no están suficientemente agrandadas o inflamadas para producir una deglución con dientes separados. Los problemas respiratorios suelen no estar asociados con un empuje lingual simple, tiene un engranaje cuspideo preciso y seguro, aun cuando pueda existir una maloclusión porque la posición oclusal está reforzada continuamente por la deglución con dientes juntos (15).

Algunos que escriben sobre "empuje lingual" agrupan juntas al empuje lingual simple y el complejo, y no parecen reconocer sus diferencias en etiología y pronóstico ortodóncico. Es verdad que la incidencia de los empujes linguales simples disminuyen con la edad, su tratamiento es más sencillo y su pronóstico más seguro, pero nada de esto es razón para posponer el tratamiento de la maloclusión y la in conducta deglutoria asociada (15).

Deglución con empuje lingual complejo:

Esta deglución se define como un empuje lingual con una deglución con dientes separados. Estos pacientes combinan contracciones de labios y los músculos faciales y del mentoniano, no contracción de los elevadores mandibulares, un empuje lingual entre los dientes y una deglución con dientes separados. La mordida abierta asociada con un empuje lingual complejo, suele ser más difusa y difícil de definir que la que se ve con un empuje lingual simple. En realidad, a veces, no hay mordida abierta. El examen de los modelos, revela pobre adaptación oclusal e inestabilidad en el engranaje cúspides, ya que este no es reforzado repetidamente durante la deglución. Este punto puede no ser de interés para los foniatras, pero es seguramente importante para los odontólogos, porque las degluciones con dientes separados persistentes no estabilizan la oclusión. Como las degluciones de agua o alimentos pueden producir degluciones con dientes separados, es importante probar la deglución

inconsciente cuidadosamente cuando se sospecha un empuje lingual complejo, porque estos pacientes suelen mostrar interferencias oclusales en la posición retruida de contacto. También suelen ser respiradores bucales, con una historia de enfermedad naso respiratoria crónica o alérgicas. La incidencia del empuje lingual complejo no disminuye tanto con la edad como el empuje lingual simple (15).

Deglución infantil persistente:

La conducta de la deglución infantil persistente, se define como la persistencia predominante del reflejo de la deglución infantil, después de la llegada de los dientes permanentes. Afortunadamente, muy pocas personas tienen una verdadera deglución infantil persistente. Quien sí muestra contracciones muy fuertes de los labios y la musculatura facial, hasta como una mueca masiva. La lengua empuja fuertemente entre los dientes que están por delante y a los costados. Especialmente notables son las contracciones del buccinador. Estos pacientes pueden tener rostros muy inexpresivos, ya que los músculos inervados por el 7mo. Nervio craneal no son usados para los delicados propósitos de la expresión facial, sino para el esfuerzo de estabilizar la mandíbula durante la deglución (15).

Tienen serias dificultades para masticar, porque habitualmente ocluyen solo sobre un molar en cada cuadrante (15).

El umbral de arcadas es típicamente bajo. Pueden restringirse a una dieta blanda y dicen francamente que no gozan de la comida. El alimento se coloca sobre el dorso de la lengua, y la masticación se produce entre la punta de la lengua y el paladar, por lo inadecuado de los contactos oclusales. El pronóstico para el condicionamiento de un reflejo tan primitivo es muy pobre. La deglución infantil persistente puede estar asociada con síndrome del desarrollo craneofacial esquelético y/o déficit neuronales. (15).

La altura facial anterior excesiva suele producir mordidas abiertas formales graves y una conducta deglutoria adaptativa extrema tal que la nuromusculatura intenta superar el desequilibrio esquelético. Esta deglución forzada debe ser discriminada cuidadosamente de la compleja y la infantil persistente (15).

Tratamiento del empuje lingual:

Consiste en tres fases: - aprendizaje consciente de un nuevo reflejo

-transferencia a nivel subconsciente

-refuerzo del nuevo reflejo

1ra fase:

Familiarizar al paciente con la deglución normal señalándole con el dedo y un espejo donde debe colocar la punta de la lengua al deglutir (en el paladar duro a nivel de las rugosidades palatinas, contiguo a la unión de la encía con los incisivos superiores).

El paciente debe realizar ante un espejo la deglución aprendida y la que realizaba anteriormente marcando las diferencias. (15)

Se le indicará mioterapia lingual que consiste en colocar la punta de la lengua lo más arriba y atrás posible contra el paladar, juntar los dientes, unir los labios y tragar manteniendo la lengua en esa posición. Se le sugiere que se ayude de elásticos ortodóncico, caramelos que se mantengan sostenidos contra el paladar durante las degluciones de práctica. Estos ejercicios se indican como mínimo 40 veces por día, espaciados en 2 ò 3 sesiones cada día y debe registrar en una tarjeta que lo ha hecho. Con esto se logra una reeducación muscular y se aprende un nuevo reflejo a nivel de conocimiento (15).

2da fase:

Cuando se ha aprendido el nuevo patrón de deglución a nivel consciente es necesario transferirlo a nivel subconsciente. En la 2da cita el paciente debe estar en condiciones de tragar correctamente a voluntad, aunque puede mostrar degluciones anormales inconscientes. Ahora pueden usarse pastillas chatas de frutas sin azúcar para reforzar la deglución inconsciente. Las pastillas preferidas son las bicóncavas de algún sabor ácido cítrico como el limón para promover el flujo de la saliva. Se instruye al paciente que coloque una de las pastillas sobre la lengua y contra el paladar en la posición correcta hasta que se halla disuelto completamente, y hacemos que el paciente controle el tiempo usando un reloj con segundero. Debe registrar el tiempo en que sostiene la pastilla en minutos y segundos; éste irá aumentando gradualmente. Se aconseja una sesión de

práctica por día. Este es el mejor procedimiento ideado para transferir el control del reflejo de los niveles conscientes a los inconscientes porque el hecho que el niño tome el tiempo le brinda un poco de distracción y auto competencia que hace que olvide las degluciones conscientes mientras está reforzando la deglución correcta inconsciente. Este método corregirá un gran porcentaje de todos los empujes linguales simples, sin embargo, a veces, es necesario un paso adicional (15).

3ra fase:

Puede colocarse un aparato Halley con rejilla o un arco palatal con rejilla bien adaptada. La lengua para protegerse se retira de la posición anormal y se ubica correctamente durante la deglución, lo que favorece la egresión natural de los dientes anteriores.

En estos pacientes también es preciso orientar mioterapia para el desarrollo del orbicular del labio superior que en la mayoría de los casos se encuentra hipotónico. (Remítase al acápite de mioterapia)

En ocasiones podemos observar presiones linguales anormales en la región lateral de las arcadas, que producen mordida abierta lateral y mordida cruzada posterior del lado opuesto por ruptura del equilibrio bucodentario. Estos casos se tratan con mioterapia orientada a posicionar correctamente la lengua durante la deglución y mecanoterapia que puede ser un Hawley con la rejilla ubicada en la región lateral (15).

Succión del pulgar y otros dedos:

La succión digital no es un comportamiento mecánico, es más que la satisfacción de necesidades alimentarias y que tiene un profundo significado emocional que no debe ser omitido.

Larsson y Dahilin en 1985 explican que el hábito de succión es un reflejo innato que poseen todos los niños y que en mayor o menor medida se presenta en casi todos los lactantes y niños y que esta necesidad se puede satisfacer con la lactancia materna o artificial, pero en muchas ocasiones queda una necesidad no satisfecha de succión que el niño trata de completar de otra manera. En las sociedades primitivas sobre todo, el niño obtiene satisfacción mediante la succión

no nutritiva del pezón materno y en nuestra sociedad este reflejo se satisface con la succión de dedos (16).

La succión digital se ha considerado normal hasta los dos y medio años de edad, si se prolonga puede producir los problemas antes mencionados, existen 2 tipos diferentes de succionadores de dedo, el "pasivo" que tiende a llevarse el dedo a la boca y sólo tenerlo allí o los "activos" en donde se ejerce una presión vigorosa contra la dentición, estos son los niños que presentan alteraciones dentales y de la mandíbula (17).

Etiología:

Cuando aparece durante las primeras semanas de vida, el hábito está relacionado con los problemas de lactancia e insatisfacción alimentaria.

Prolongación de la lactancia sin restricción, la cual refuerza el impulso oral.

La clásica teoría freudiana sugiere que la oralidad en el infante está relacionada con la organización pre genital y la actividad sexual en las primeras semanas de la vida.

Tensiones o conflictos emocionales insuperables como la inseguridad, falta de atención y calor materno, celos, deseos de llamar la atención y otros.

Inducción por los padres y/o educadores para mantener al niño entretenido y evitar el llanto. Se ha asociado con el brote de la dentición, la fatiga y el sueño (16).

Características clínicas del succionador de dedos:

La mordida abierta anterior es la maloclusión más frecuente. La protrucción de los dientes anteriores superiores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba contra el paladar. La retracción postural mandibular puede desarrollarse si el peso de la mano o el brazo fuerza continuamente la mandíbula a asumir una posición retruida para practicar el hábito. Al mismo tiempo los incisivos superiores inferiores pueden ser inclinados hacia lingual. Durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared producen en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca, con el resultante angostamiento del arco superior. Con esta perturbación en el sistema de fuerzas en y alrededor del complejo maxilar superior, a menudo es imposible

para el piso nasal caer verticalmente a su posición esperada durante el crecimiento. Por lo tanto, puede encontrarse que los chupadores de pulgar tienen un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta, observándose en ocasiones oclusiones invertidas posteriores. El labio superior se hace hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe ser elevado por contracciones del orbicular a una posición entre los incisivos en mal posición durante la deglución. Estas contracciones musculares anormales durante la succión y la deglución, estabilizar la deformación. Cuando los incisivos superiores han sido labializados y se ha desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelantarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior, así un simple empuje lingual va necesariamente asociado con un hábito de succión digital. El simple empuje lingual no "causa" la mordida abierta, si no que se trata de una posición lingual anormal adaptativa durante la deglución (18).

Diagnóstico:

Se realizará a través de:

Interrogatorio tanto al niño como a los padres, examen físico intraoral y extraoral. El estomatólogo debe conocer las características morfológicas y funcionales del hábito para la identificación del mismo fundamentalmente cuando su práctica es negada (16).

Tratamiento:

En el tratamiento de la succión digital hay que tener en cuenta la edad del paciente ya que algunos autores y psicólogos lo consideran una conducta normal hasta los 3 ó 4 años. Generalmente las maloclusiones producidas por este hábito en la dentición temporal suelen autocorregirse, pero una vez brotados los dientes permanentes si persiste, es necesario el uso de aparatos ortodóncico para la corrección de las anomalías (16). De forma general el esquema de tratamiento es el siguiente:

- promoción de salud.
- psicoterapia.
- mioterapia.
- mecanoterapia.

- terapias combinadas.

Respirador bucal:

La respiración es la actividad funcional más importante en el desarrollo de la dentición y del crecimiento de la cara. Una respiración oral puede aparecer como consecuencia de la reducción en el paso aéreo de la nariz o de la nasofaringe por circunstancias de tipo mecánico o alérgico. Pero en muchos respiradores orales no se encuentra una obstrucción de tipo mecánico. No se encontró diferencias en la obstrucción del paso aéreo al comparar respiradores orales con cara larga y respiradores nasales con caras normales (18). Un patrón respiratorio alterado puede modificar la postura de la cabeza, maxilares y lengua, alterando el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y dientes e influir en el crecimiento y posición de ambos (15,18).

La respiración oral va a conllevar una incompetencia labial, cambio en la postura cráneo cervical para facilitar la respiración (flexión posterior de la cabeza) y con ello la mandíbula efectúa una rotación hacia atrás de forma que la lengua queda en una posición descendida sin contacto con el paladar. Si el periodo de respiración oral se prolonga, este cambio en la postura de cabeza-mandíbula-lengua puede conducir a un cambio en el equilibrio de presiones sobre los dientes y los maxilares (19).

Etiología:

La respiración bucal puede ser temporaria como en el caso de un resfriado ocasional, asociada con alergias nasales respiratorias o crónicas como resultado de obstrucción. El diagnóstico se basa en el interrogatorio y el examen clínico facial y bucal que incluya un análisis funcional de la función respiratoria. El diagnóstico definitivo lo realizan el otorrinolaringólogo y el alergista (19).

Características clínicas:

Respirador oral, labio superior corto y muestra dientes y labio inferior grueso y vertido. Entre las causas que conllevan a esta obstrucción nasal crónica esta, el pasaje nasofaríngeo angosto asociado a una membrana nasal inflamada, amígdalas hipertróficas, adenoides, cornetes inflamados y/o desviaciones del

tabique nasal. La lengua lo que hace es adoptar una posición descendida para que el flujo del aire sea más fácil y cómodo, ocasionando alteraciones clínicas importantes (20).

En la investigación de, Vellin y Flavio hacen referencia a que estas alteraciones tienen tal magnitud que la disposición dentoalveolar de estos pacientes es característica: poseen generalmente paladares ojivales, arcadas inferiores estrechas, mordidas cruzadas, abiertas, o muy profundas y presencia de hábitos para funcionales como la deglución atípica, entre otras (21). El paciente respirador oral suele tener una facies adenoidea característica con cara alargada, ojeras, narinas flácidas y poco desarrolladas, labio superior corto e inferior grueso y vertido, tercio inferior aumentado, contracción del mentón (22).

Tratamiento:

El tratamiento comenzará cuando tengamos la certeza que el paciente ha sido tratado por el otorrino y haya eliminado los problemas obstructivos y consistirá en mioterapia (inspirar y expirar fuertemente el aire por las fosas nasales, esto se combinará con ejercicios simples como elevar los brazos, hacer cuclillas y otros con el fin de estimular toda la musculatura que interviene en el acto) y mecanoterapia (22).

Onicofagia:

Consiste en morderse las uñas. Este hábito comúnmente no se ve hasta la edad de 3 ò 4 años y alcanza su pico de incidencia durante la pubertad.

Un hábito normal desarrollado después de la edad de succión es el de morderse las uñas. Frecuentemente el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas. Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones a las del proceso de la masticaciones. Aunque Mayoral refiere que también puede ser la causa de anomalías adquiridas como desviación de uno y varios dientes, además de producir el desgaste dentario localizado en la zona que sufre la presión. Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, y aunque las padres pueden no encontrarlo aceptables socialmente hay otros peores. Un hábito con cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a menos que

perjudique realmente, ya sea de forma física o moral al niño mismo o a quienes lo rodean. Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de éstas formas (23).

La incidencia de la onicofagia es excepcionalmente elevada. Hay igualdad respecto a sexos aunque las mujeres parecen más preocupadas por el problema estético por lo que buscan ayuda en mayor número que los hombres. Las encuestas muestran que cerca del 45% de los niños durante la pubertad, alrededor del 25% de los estudiantes universitarios y más o menos el 10% de los adultos mayores de 35 años se muerden las uñas compulsivamente (23). Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetivos sustituyen a los dedos. Se pueden utilizar gomas de mascar, cigarros etc., ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

Etiología:

- Ansiedad o mal ajuste de personalidad.
- Sustitución del hábito de succión.

Falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, Inmadurez emocional del niño, cambios en el ambiente familiar (el nacimiento de un hermano, ingreso del niño a la escuela).

Características Clínicas:

En individuos que practican el hábito vigorosamente, éste puede ser la causa de la desviación de uno o varios dientes, además de producir un desgaste dentario localizado en la zona sometida a presión. Desde el punto de vista bucal el daño provocado por la persistencia de esta conducta depende de tres factores principales: La intensidad, es decir la fuerza que aplica a los dientes durante la succión. La duración, cantidad de tiempo que se dedica a succionar. La frecuencia, número de veces que se realiza el hábito durante el día. De estos tres factores la duración presenta la función más crítica en los movimientos dentales, una duración de 4 a 6 horas al día origina movimientos dentales importantes (18).

Tratamiento:

Se necesita la concientización del paciente, durante los estados de ansiedad debe hacer ejercicios musculares durante 5 ó 10 minutos, se debe aconsejar que muerda cualquier objeto antes de morderse las uñas. Si es mujer debemos alentarla a que se deje crecer las uñas. En los pacientes adultos recomendamos cambiar de actividad, distraerse (23).

Es importante mencionar que la mayoría de los intentos por erradicar esta conducta mediante regaños, palabras fuertes, castigos y cualquier otra conducta agresiva sobre el niño que presenta este hábito, han sido contraproducentes porque lejos de eliminarlo, se ha reforzado esta conducta haciéndola más marcada y frecuente (23).

Sobre cómo podemos manejar este problema diremos que la atención debe ser oportuna, buscando motivar al niño informándole sobre la importancia de dejar este hábito y las consecuencias que tendría si no lo deja, es decir buscar su cooperación para eliminar esta conducta (23).

Maloclusión:

A principio del siglo se decía que las maloclusiones se producían por efecto del ambiente, hoy en día se ha descubierto que es una interacción entre los factores ambientales y la herencia; estos actúan sobre todo en el periodo de la infancia, está enmarcado por continuos cambios en la dentición, donde produce alteraciones manifiesta desde los primeros años de vida (23-25).

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rango de 35% a 75% con diferencia de sexo y edad. En Cuba según estudios realizados en esta década la cifra de afectado oscila entre el 25% y 66%. Según una encuesta nacional realizada en 1998, de un total de 1197 encuestados en las edades de 5, 12, y 15 años, el porcentaje de afectados fue de un 29%, 45% y 35% respectivamente, para un total de 36,3%, el sexo más afectado fue el femenino con 52,6%, y en todas la edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas (26).

Se define por oclusión a las relaciones que se establecen cuando ambos arcos dentarios (inferior y superior) están en contacto (27).

Edward H. Angle en 1891 dio la primera definición de la oclusión normal y postulaba que la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluyera en el surco vestibular entre la cúspide mesio y distobucal del primer molar inferior (28). La maloclusión, es la desviación del patrón deseado en la dentición, macizo facial, la musculatura buco-facial, los maxilares y las articulaciones témporo-mandibulares. Por su prevalencia e incidencia constituyen un problema real de salud pública, con el que nos enfrentamos en la práctica clínica diaria, ocupa el tercer lugar entre los problemas de salud estomatognática (29 - 30).

Etiología:

Dentro de las principales causas que puede originar problemas de mala oclusión están: factores hereditarios, además de los hábitos adquiridos por los niños durante su etapa de crecimiento (chuparse el dedo, presión de los dientes con la lengua, el biberón después de los tres años y tomar biberón durante mucho tiempo), también pueden afectar en gran parte la forma de los maxilares, los malos hábitos alimenticios y respirar por la boca sin cerrar los labios. Esta situación se relaciona con el hecho de que el hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca. Por lo tanto, al romperse ese mecanismo fisiológico se afecta el crecimiento y desarrollo, no sólo facial, sino general. Lo cual se presenta en algunos niños que manifiestan conductas inadecuadas que afectan el normal desarrollo bucodental (31).

Dentro de los factores genéticos podemos incluir: características étnicas, heredabilidad de las dimensiones faciales verticales, crecimiento y desarrollo craneofacial, patrón neuromuscular.

Dentro de los factores ambientales podemos incluir: respiración bucal, succión digital, empuje lingual.

Fisiopatología:

La oclusión se refiere al alineamiento de los dientes y la forma en que encajan los dientes superiores e inferiores (mordida). Una oclusión ideal se presenta cuando todos los dientes superiores encajan levemente sobre los inferiores. Es decir, las puntas de los molares se encajan en los surcos de los molares opuestos y todos los dientes están alineados, derechos y espaciados de manera proporcional. Así

mismo, los dientes superiores no permiten que las mejillas y los labios sean mordidos y los inferiores protegen la lengua. Sin embargo, se puede considerar que muy pocas personas presentan una oclusión perfecta, lo que implica la remisión a especialistas (32).

La mala oclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, lo que indica una desproporción entre el tamaño de los maxilares superiores e inferiores o entre el tamaño del maxilar y el diente, provocando un apiñamiento de los dientes o en patrones de mordida anormales, así mismo los dientes extras, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la maloclusión (33).

Maloclusión asociadas a los hábitos bucales deformantes:

Características Clínicas:

Succión digital:

Protrusión dentoalveolar superior.

Bóveda palatina profunda

Mordida abierta anterior.

Inclinación lingual de los incisivos inferiores y una retrusión mandibular.

Estrechamiento Micrognatismo de la arcada superior.

El labio superior se hace hipotónico y el inferior hipertónico.

Empuje lingual durante la deglución asociado con el hábito de succión digital (34).

Onicofagia:

Desviación de uno o varios dientes, además de producir un desgaste dentario localizado en la zona sometida a presión y afectación localizada del tejido periodontal (24).

Empuje lingual:

Contracciones de los labios, músculos mentoniano y elevadores mandibulares.

La lengua se proyecta en el espacio de una mordida abierta anterior.

La mordida abierta anterior generalmente es creada por la succión del pulgar y la lengua la mantiene.

La mordida abierta es circunscrita y delimitada.

Engranaje cuspídeo preciso con buena adaptación oclusal aún cuando pueda existir una maloclusión (35).

Respirador bucal:

Facie típico con expresión de angustia.

Perfil convexo.

Labio superior hipotónico e inferior hipertónico.

Hipotonía de las alas de la nariz.

Arcada superior estrecha.

Resalte y sobrepase aumentado.

Bóveda palatina profunda.

Curva de spee aumentada (36).

Material y Métodos:

Se realizó un estudio observacional descriptivo para identificar la posible asociación de los hábitos bucales deformantes sobre las maloclusiones en niños de 7 a 12 años de la escuela primaria “Pedro Martínez Brito”, en el periodo comprendido del curso escolar 2014-2015, perteneciente al Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez del municipio Ciego de Ávila de la provincia Ciego de Ávila.

El universo estuvo constituido por 458 niños, la muestra quedó conformada por el 200 niños con edades entre 7 y 12 años de ambos sexos, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez del municipio Ciego de Ávila durante el curso escolar 2014-2015.

Criterios de Inclusión:

1. No tener caries dental.
2. No tener afección periodontal.
3. No presentar patologías pulpares o periapicales.
4. Consentimiento informado de padres o tutores.

Criterios de Exclusión:

Invalidez física o mental, total o parcial que imposibilite la participación en el programa.

Consideraciones Éticas

Se le informó a la dirección del centro, profesores, auxiliares pedagógicas, alumnos seleccionados y padres sobre las características y objetivos de la investigación y se les solicitó el consentimiento firmado a los padres (Anexo 1). Se les explicó que toda la información sería utilizada sólo con fines investigativos, garantizando la confiabilidad, cumpliendo los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia que rigen las investigaciones biomédicas actualmente.

Procedimientos

En la fase inicial de la investigación se revisó toda la información sobre el tema seleccionado recolectada en los centros de Información de Ciencias Médicas. La búsqueda de la literatura en formato electrónico se realizó en las bases de datos digitales de las revistas y otras publicaciones científicas que están disponibles y accesibles por Internet en el portal de Infomed. Seguidamente se establecieron las coordinaciones necesarias con la dirección de educación en la escuela primaria “Pedro Martínez Brito” del Municipio Ciego de Ávila con el objetivo de obtener la autorización para realizar la investigación en esa institución. (Anexo 2)

Una vez seleccionados los alumnos del estudio se les realizó una entrevista y un examen clínico bucal en la propia escuela a luz natural y un espejo bucal para recolectar los datos necesarios para la investigación. Se diseñó un cuestionario para la recogida de la información, relacionada con las variables en estudio, validado por criterios de expertos. (Anexo 3) Todos los datos fueron recogidos por la autora de la de la .investigación. Se recogieron como variables: respiración bucal, succión digital, empuje lingual, onicofagia y Maloclusiones.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicadores
Respiración bucal.	Cualitativa nominal dicotómica.	Presente. Ausente.	Causada por hábito, actúa sobre los músculos que rodean los maxilares y dientes.	Números y por ciento.
Succión digital	Cualitativa nominal dicotómica.	Presente. Ausente.	Consiste en la introducción de dedos en la cavidad bucal.	Números y por ciento.
Empuje lingual.	Cualitativa nominal dicotómica.	Presente. Ausente.	Es el hábito anormal de deglución, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares.	Números y por ciento.
Onicofagia.	Cualitativa nominal dicotómica.	Presente. Ausente.	Consiste en morderse las uñas.	Números y por ciento.
Maloclusiones.	Cualitativa nominal dicotómica.	Presente. Ausente.	La maloclusión, es la desviación del patrón	Número y por ciento.

			deseado en la dentición, macizo facial, la musculatura buco-facial, los maxilares y las articulaciones témporo-mandibulares.	
--	--	--	--	--

Proceder estadístico

Los resultados se resumieron y presentaron en tablas estadísticas, como medida de resumen para datos cualitativos, se aplicaron las frecuencias absolutas y los por cientos. Para evaluar la posible asociación de los hábitos bucales deformantes en la aparición de las maloclusiones dentarias en niños de 7 a 12 años de edad de la escuela primaria “Pedro Martínez Brito” en el municipio de Ciego de Ávila durante el curso escolar 2014 – 2015. Los resultados finales fueron analizados y comparados con los de otras investigaciones sobre el tema, para llegar a conclusiones en correspondencia con los objetivos trazados. Con el procesador de texto Microsoft Office Word 2010, se confeccionó un informe final de la investigación con sus conclusiones y recomendaciones para la presentación y discusión de los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla N°1: Hábitos bucales deformantes según grupos de edades.

Escuela primaria Pedro Martínez Brito. Policlínico Docente Belkis Sotomayor Álvarez, municipio Ciego de Ávila.

Junio del 2014 –Julio del 2015.

Grupo de edades (años)	Hábitos bucales deformantes				Total	
	Si		No		No	%
	No	%	No	%		
7- 8	36	18	28	14	64	32
9- 10	38	19	40	20	78	39
11-12	26	13	32	16	58	29
Total	100	50	100	50	200	100

Fuente: Entrevista

En la tabla número uno, asociación de hábitos bucales deformantes con las maloclusiones según edad, observamos que en nuestro estudio las edades que predominan son de 9 a 10 años y en segundo lugar de 7 a 8 años.

Se pudo constatar de forma general que en los estudios confrontados se asocian estas edades para este tipo de estudios.

En un estudio realizado por Maya Hernández donde se observó que el 65.0 % de los examinados eran niñas con hábitos bucales deformantes y más frecuentes en la edad de 10 años.

Esto ocurre porque los hábitos se arraigan y son difíciles de eliminar. Fernández Torres (19) en su estudio de Hábitos deformantes en escolares de primaria en 1997 planteó que de 6 a 7 años los hábitos van en aumento y a partir de los 8 años en adelante se incrementan.

Tabla N°2: Hábitos bucales deformantes según sexo.

Sexo	Hábitos bucales deformantes				Total	
	Si		No		No	%
	No	%	No	%		
Masculino	51	51	47	47	98	49
Femenino	49	49	53	53	102	51
Total	100	50	100	50	200	100

Fuente: Entrevista

Como se observa en la tabla No 2, hábitos bucales deformantes según sexo, de los cuales el 51% pertenecían al sexo femenino y el 49% al masculino. Estos estudiantes fueron seleccionados en un diagnóstico realizado a los 458 estudiantes entre 7 y 12 años edades matriculados en esa escuela. Correspondiéndose con estudios realizados en el consultorio médico de la familia no 30, perteneciente a la área de salud del policlínico Belkis Sotomayor del municipio Ciego de Ávila.

El estudio de Chile de 1999 donde fueron 1, 110 niños encuestados de 3 a 8 años de los encuestados fueron más niñas que niños, los cual coincide con nuestro estudio.

Tabla N°3: Distribución de hábitos bucales deformantes según grupos de edades.

Tipos de hábitos bucales deformantes	Grupos de edades						Total	
	7-8		9-10		11-12		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Succión digital	17	47	9	23.6	7	27	33	33
Respiración bucal	6	17	7	18.4	4	15.4	17	17
Empuje lingual	10	27.7	16	42.3	9	34.6	35	35
Onicofagia	3	8.3	6	15.7	6	23	15	15
Total	36	100	38	100	26	100	100	100

Fuente: Entrevista.

Al examinar la tabla número tres el hábito de mayor frecuencia fue el empuje lingual con un tal de 35 niños, seguido por la succión digital con 33 niños.

En un examen realizado a 1297 niños de preescolar, de 3 a 6 años de edad, para determinar el efecto de determinados hábito sobre la oclusión dentaria, la succión digital tubo una prevalencia de 11.7%. Esto determinó la presencia significativa de alteraciones oclusales como el resalte aumentado, las mordidas abiertas y cruzadas posteriores. Se concluyó que es necesario el diagnóstico temprano de los hábitos bucales (34).

Algunas maloclusiones causadas por el hábito de succión digital pueden ser auto corregidas al cesar el hábito; cuando el patrón esquelético es normal o el hábito se interrumpe precozmente.

En una investigación en niños de preescolar a sexto grado, para conocer la relación entre el empuje lingual y varios parámetros según edad y sexo, se determinó que: la deglución atípica es mayor entre las hembras y más leves entre los barones; es más severa a la edad de 7 a 8 años y más leve entre 5 y 6 años.

Se concluyó que a mayor severidad de la deglución atípica mayor es la severidad de la mordida abierta anterior y mayor problema para pronunciar los fonemas. Los niños con deglución atípica severa presentaron rendimiento escolar bajo (35).

En un estudio realizado por Pavis plantea que la respiración oral afecta el desarrollo dentofacial, ya que son numerosos los trabajos llevados a cabo sobre el tema. Sin embargo los detalles de la respiración oral en relación con el crecimiento craneofacial y la oclusión están en espera de los resultados de nuevas investigaciones en marcha. Según él, el overjet (resalte), el overbite (sobre mordida), la profundidad palatina y el índice facial en respiradores bucales es menor que en un grupo de control, pero estadísticamente esta diferencia no es significativa (36).

En un estudio similar donde se examinaron 152 historias clínicas del diplomado de Ortopedia Maxilar de Iztacala (Colombia) en niños de 5 a 13 años se observó que los hábitos más frecuentes eran la succión labial (queilofagia) con el 33% de los casos y la onicofagia con el 28%.

Tabla N°4: Asociación de hábitos bucales deformantes sobre las maloclusiones.

Hábitos bucales deformantes	Maloclusiones				Total	
	Si		No		No	%
	No	%	No	%		
Si	74	74	26	26	100	50
No	45	45	55	55	100	50
Total	119	59.5	81	40.5	200	100

Fuente: Entrevista

Al examinar la tabla número cuatro apreciamos que existe una fuerte asociación de hábitos bucales deformantes sobre la maloclusiones, siendo ésta altamente significativa.

Plantea Bobenruth K, que las investigaciones realizadas fuera de Chile han estudiado la prevalencia de hábitos inadecuados de forma singular (succión digital, succión del chupete, respirador bucal); pero no de forma global o asociados y los estudios Chilenos al respecto son escasos, es por ello que en su estudio, realizado de forma conjunta, encontró un total de 1878 hábitos, con un promedio de 2.5 por niño (37).

Los estudios epidemiológicos en niños han demostrado que la asociación de los hábitos repercute drásticamente sobre la oclusión, pudiéndose observar los diferentes tipos de maloclusiones y comprender más claramente la prioridad del tratamiento. Los países de avanzada en la política de seguridad social son los que iniciaron este tipo de investigación desde comienzos de 1970; pudiendo ejemplificar los casos de Dinamarca y Suecia (34).

CONCLUSIONES

- La prevalencia de hábitos bucales deformantes según edad fue en el grupo de 9 a 10 años, siendo más frecuente el sexo femenino.
- El hábito bucal deformante más frecuente de nuestra población fue el empuje lingual, seguido por la succión digital.
- Se comprobó que los hábitos bucales deformantes con las maloclusiones en nuestra población están relacionados.

RECOMENDACIONES

- Realizar a través de los estomatólogos de la atención Primaria de Salud un plan de prevención de los hábitos bucales deformantes, teniendo en cuenta su asociación con la aparición de maloclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro Ruz F. La historia me absolverá. Ciudad de La Habana: Ciencias Sociales; 1981.
2. Matos Campos MR, Troya Borges E, Padilla Suárez E. Estrategia de Intervención para la prevención de maloclusión dentaria de niños de 6 a 11 años. Convención Internacional de Estomatología. Ciudad de La Habana: Palacio de las Convenciones; 2010.
3. Sosa Rosales M, Salas Adam MR. Promoción de salud bucal y prevención de enfermedades. Guías Prácticas de la Oclusión. En: Sosa Rosales MC. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.261.
4. Miranda Cruz J, Villanueva Nandayapa E, Sánchez Aldama M. Hábitos orales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de iztacala al diplomado de ortopedia maxilar.Rev Odontol Iztac [Internet].2013 [citado 19 Oct 2014]; 21(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitos_oral58.htm.
5. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 3ed.Buenos Aires: Editorial Mundo: 1976.p. 242-70, 616-22, 730-43.
6. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Clínica Infantil "Raúl González Sánchez". Cienfuegos. Rev. Cubana Ortod. 2010; 15(2). p.66-70.
7. Quirós O. Orientacion psicológica en el manejo de ciertos hábitos en Odontologia.Rev Latinoam de Ortod y Odontoped [Internet].201 [citado 11 Feb 2014]; 17(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.odontocat.com>.
8. Tomita NE, Sheiham A, Bijella VT, Franco LJ. Relación entre determinantes socioeconómicas y hábitos bucales de riesgo en la oclusión en pre – escolares. Rev Odontol Bras .2014; 19(2):1-2.

9. Fernández Torres CM, Acosta Coutín A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev. Cubana Ortod. 2015; 12(2):79-83.
10. Fernández Ysla R, FarahDago S, Coutin G, Cruz García A, Marín Manso G. Factores de riesgos de 6 a 11 años. [CD-ROM]. 1ra ed. Ciudad de la Habana.
11. García C, Gómez JM, Borrero LM. Correlación de la fuerza lingual durante la protrusión, con la edad, estatura y el peso, en niños con normoclusión. Rev Cub de Estomatol. 2014; 17 (9):33-9.
12. Otanolugo R, Fernández Torres CM, Castillo R, Grau León I, Marín Manso GM. Guías Prácticas Clínicas de Oclusión. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2011. p.261-326.
13. Martínez González KK, Treviño Hernández G. Casos clínicos, tratamiento ortodóncico y periodontal en pacientes pediátricos. Rev Dentalaccor [Internet]. 2013 [citado 1 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.dentalaccor.com>.
14. Diccionario Ilustrado Aristos de la Lengua Española Primera Edición 1985. Lic. José M. Rodríguez Prieto.
15. Proffit W.R. The etiology of the orthodontic problems. En: Proffit W.R., Fields H. Contemporary Orthodontics. 3ed. St. Louis: Mosby; 2010.p.13-144.
16. Larsson E F, Dahlin K G. The prevalence and the etiology of the initial dummy-and-finger-sucking habit. Am J Orthod .2005; 87: 1-4.
17. García R. Etiología y diagnóstico de anomalías dentofaciales en pacientes pediátricos. Rev. Médica Salud Pub. 2010; 39(1):3-8.
18. Fields H W, Warren D W, Black K, Phillips C L. Relationship between vertical dentofacial morphology and respiration in adolescents. Am J Orthod Dentofac Orthod .2011; 99: 147-54.

19. Van der Linden G M, Boersma H. Diagnosis and treatment planning in dentofacial orthopedics. London: Quintessence. 2007;23(11): 17-37.
20. Di Santi J. Terapia Miofuncional como Complemento en el Tratamiento de los Pacientes Respiradores Bucales. Rev Venezola de Investig Odontol.2013; 1 (1):53-9.
21. Vellini F. Diagnóstico y Planificación Clínica.En: Vellini F .Ortodoncia. Sao Paulo: Editorial Artes Médicas ;2002.p.61-72.
22. Morales Jiménez LF. Influencia de la respiración bucal en las maloclusiones dentarias .Rev Cub de Estomatol.2012; 56(21): 52-57.
23. Conde Suárez HF, de León de la Fe L. Eliminación de factores de riesgos de maloclusiones dentarias en niños de primaria. Municipio Cárdena. Rev Med Electrón [Internet]. 2011[citado 15 ago 2013]; 26(6): [aprox.10p.] Disponible en: <http://www.cpimtz.slds.cu/index.html>.
-]. 2003 [citado 19 Oct 2005]; 26(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
24. Suarez Y. Abnormal oral habits in the children of war veterans..J Clin Pediatr Dent [Internet].2013 [citado 10 de junio del 2014]; 29(3): [aprox.7p.] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=display&DB=pumbed>.
25. Ookis. Genetic and environmental influences on finger-sucking and nail-biting in Japanese twin children. Twin Res Hum Genet [Internet].2014 [citado 13 de junio del 2014]; 8(4): [aprox.4p.] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=display&DB=pumbed>.
26. Montiel Jaime ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños Mexicanos de 6 a 12 años de edad. Rev ADM. 2014; 27(6): 42-7.
27. Canut B J. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2da ed. Barcelona: Editorial Masson; 2002.

28. Angle EH. Malocclusions of the teeth. 76 ed. Philadelphia: White; 1991.
29. Milosevic A. Occlusion: I. Terms, mandibular movement and the factors of occlusion. Dent Update. 2011; 30(7):359-61.
30. Duque de Estrada Raberón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, Rivero Herrera F. Factores de riesgos asociados con la enfermedad caries dental en niños. Rev. Cub Estomatol [Internet]. 2013 [citado 9 Oct. 2013]; 40(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200001&lng=es.
31. Saturno, L. Ortodoncia en Dentición Mixta. 1ra ed. Venezuela: Editorial Amolca; 2010.
32. Villafranca F, Díaz B. Manual del Técnico Superior en Higiene Bucodental. 1ra ed. España: Editorial Madrid; 2005.
33. Domínguez Reyes A, Galán A, Aznar Martín T. Succión digital y parámetros oclusales: Estudio en niños de 3 a 6 años de edad. Rev de Ortodonc Españ. 2013; 39(3):143-47.
34. Vera A E, Chacón ER, Ulloa R, Vera S. Estudio de relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia en el segundo trimestre del año 2011. Rev Latinoamericana de Ortodonc y Odontopediat [Internet]. 2012 [citado 17 Ene 2013]; 32(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/32.asp>
35. Pavis S, Fernández J. Estudio comparativo de la oclusión entre un grupo de niños respiradores bucales y un grupo de control. Rev Latinoamericana de Ortodonc y Odontopediat [Internet]. 2012 [citado 24 Marz 2013]; 5(2): [aprox. 35p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/32.asp>
36. Agurto P, Díaz R, Cadiz O. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3-6

años del área oriente de Santiago. Rev Chil Pediatr 2010; 70 (6): 30-3.

37. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2013.

38. Mayoral J, Mayoral B, Mayoral P. Ortodoncia: Principios fundamentales en la práctica diaria. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1984.

ANEXO 1.

Acta de consentimiento informado para la investigación.

“Asociación de hábitos bucales deformantes con las maloclusiones”.

Yo _____ he recibido suficiente información sobre los objetivos y características de esta investigación, por lo que a través de este documento expreso mi consentimiento a que mi hijo participe en este estudio. Autorizo a su autora para que le realice la entrevista, para de esta manera ayudar a prevenir las maloclusiones, dispuesto a responder con honestidad todas las preguntas que le sean realizadas y doy fe que los datos aportados son de validez y confiabilidad.

Dado en Ciego de Ávila a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del padre o tutor.

Firma del Investigador.

ANEXO 2

Autorización para realizar la investigación estomatológica

“Asociación de hábitos bucales deformantes con las maloclusiones”.

Asunto: Autorización para realizar investigación estomatológica.

Por medio de la presente se autoriza a la Dra. Idania García Dorta para realizar un estudio sobre la asociación de hábitos bucales deformantes sobre las maloclusiones en este centro escolar, en el período del curso 2014-2015, con el objetivo de evaluar la asociación de hábitos bucales deformantes sobre las maloclusiones.

Para constancia de mi aprobación firmo la presente, a los _____ días del mes de _____ de año _____.

Director del centro.

Firma

Investigador

Firma

ANEXO 3

Entrevista

No _____ Fecha _____

Nombres y apellidos _____

1. Edad: _____

2. Sexo: _____ 2.1 Masculino _____ 2.2 Femenino _____

3. Tipo de dentición:

3.1 Mixta: _____ 3.2 Temporal: _____ 3.3 Permanente: _____

4. Hábitos deformantes :

4.1 Si: _____ 4.2 No: _____

5. Tipo de hábitos

5.1 Succión digital: _____

5.2 Empuje lingual: _____

5.3 Respiración bucal: _____

5.4 Otros hábitos: _____

5.5 Asociación de hábitos: _____

Observaciones: _____

—

Confeccionado por:

Nombres y Apellidos: _____

Firma: _____

ANEXO 4

GUÍA PARA LA CONFECCIÓN DE LA ENTREVISTA

Datos generales:

No: Anotar el número correspondiente al orden en que se realiza la entrevista.

Fecha: Señalar la fecha en que se realiza la entrevista.

Nombres y apellidos: Escribir el nombre y los dos apellidos del entrevistado.

1. **Edad:** Señalar la edad cronológica del entrevistado.(último año cumplido)
2. **Sexo:** Marcar con una X el sexo del entrevistado.
3. **Tipo de dentición:** Señalar con una X el tipo de dentición presente.
4. **Hábitos deformantes:** Señalar si presentan o no en el momento del examen y entrevista.
5. **Tipo de hábito:** Señalar el tipo de hábito que presenta, o si están presente más de uno, en la línea donde corresponde.

Observaciones: Recoger cualquier otro dato de interés para la investigación que no haya sido reflejada en el formulario.

Nombres y apellidos: Anotar los nombres y apellidos del encuestado.

Firma: Recoger la firma del encuestador.

