

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS.

AUTORA: DRA. YAINÈ PRIETO PORTAL

2019

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

**ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DE LA
ESCUELA PRIMARIA "CARLOS MANUEL DE CÉSPEDES". CHAMBAS.
PROVINCIA CIEGO DE ÁVILA. ABRIL 2018- 2019.**

**(Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología
General Integral).**

Autora: Dra. Yainè Prieto Portal.

Residente de Estomatología General Integral.

Policlínico Camilo Cienfuegos. Municipio Chambas.

Tutora: Dra. Estrella Lisbett Martín Marrero.

Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.

Máster en Urgencias Estomatológicas.

Profesor Asistente.

Policlínico Julio Castillo. Municipio Chambas.

DEDICATORIA

A las grandes personas que supieron hacer de mí, todo lo que hoy soy....

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por impulsarme a culminar mis estudios.

A mi tutora por dedicarme parte de su tiempo.

A todas mis amistades, a la dirección y profesores por su apoyo.

A todos muchas gracias.

PENSAMIENTO

Muestre su pedacito de espejo, o arroje un haz de luz sobre una parcela de la verdad. “Toda la verdad” es algo que es mejor dejar a los ignorantes, que a diario proclaman a voces haberla descubierto.

Robert A. Day (2005).

RESUMEN

Una oclusión dental adecuada es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica, de ser lo contrario se dice que estamos en presencia de maloclusiones. Con el objetivo de describir las alteraciones de la oclusión se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en niños de 5 a 12 años de la escuela primaria "Carlos Manuel de Céspedes" del municipio Chambas en la provincia Ciego de Ávila en el periodo correspondiente de abril del 2018 a abril del 2019. El universo de estudio estuvo constituido por 360 niños, y la muestra quedó conformada por 145 niños. Las alteraciones de la oclusión prevalecieron en el grupo de 8 a 10, con un comportamiento similar 49.2% de afectados en niñas y un 41%. En el grado escolar y sexo las alteraciones en la oclusión lo constituyó cuarto con un 20.9%. Las manifestaciones clínicas de maloclusión que predominaron fueron la vestibuloversión de incisivos superiores, seguido de apiñamiento y mordida abierta anterior. Las causas que provocaron las alteraciones en la oclusión fueron los hábitos parafuncionales o deformantes como la onicofagia seguido de succión digital y las extracciones prematuras. La actitud emocional que prevaleció en los niños afectados fue la hiperactividad.

Palabras Claves: MALOCLUSIÓN/ETIOLOGÍA, HÁBITOS PARAFUNCIONALES O DEFORMANTES /ETIOLOGÍA, OCLUSIÓN DENTAL, PARAFUNCIÓN, HÁBITOS ORALES

INDICE

Introducción.....	1
Objetivos.....	7
Marco Teórico	8
Material y Método	35
Análisis y Discusión de los Resultados.....	41
Conclusiones.....	53
Recomendaciones.....	54
Referencias Bibliográficas	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

“Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto”. Una definición "normal" implica una situación hallada en ausencia de enfermedad. Una oclusión dental adecuada es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y le da a la cara un aspecto uniforme, de ser lo contrario se dice que estamos en presencia de maloclusiones. ⁽¹⁻⁶⁾

Etiológicamente maloclusión viene del latín *occlusio*, *onis*: acción y efecto de ocluir y *malus*: malo; es decir mala acción de ocluir. La maloclusión es la protagonista del tratamiento ortodóntico, y su concepto va variando a lo largo del tiempo. ⁽⁷⁾

La maloclusión es ocasionada generalmente por dientes apiñados, mala alineación de los dientes, mordida cruzada, sobre mordida, o por golpes recibidos. ⁽⁶⁾

Las maloclusiones son una de las patologías orales de mayor prevalencia, frecuencia y severidad en el mundo. Por tal motivo son un problema de salud pública que afecta a todos los países industrializados y con mayor porcentaje a los países en pleno desarrollo, en especial a las comunidades socioeconómico bajo. ^(8,9)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental; éstas representan un problema de salud pública a nivel mundial. Los factores genéticos y ambientales, como hábitos bucales nocivos son de vital importancia. Los Hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia cuando se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal o estomatognático. Sin embargo, las maloclusiones pueden aparecer sin que estos existan (OMS, 2016). ^(1, 2, 5, 6,10-16)

Datos epidemiológicos, muestran que la tendencia en los países en desarrollo es de aumentar la prevalencia de maloclusiones; en su población general, alrededor del 70% de la población infantil presenta algún grado de desviación de la oclusión ideal, y entre un 25 y un 30% necesita tratamiento ortodóntico. ⁽⁸⁾

A escala mundial oscila en rangos de 35 a 75%, con diferencias en el sexo y la edad, se reporta un porcentaje de 93% de prevalencia de esta alteración en dentición temporaria. ^(11,13)

En la más remota antigüedad, en el siglo IV A.C. Hipócrates de acota que los dientes temporales se forman antes de nacer y describe la función y períodos de erupción dentaria, la primera descripción esclarecedora de los dientes y de las relaciones de unos con otros, la da John Hunter. La descripción que Hunter hace de la oclusión es actual; solo cien años más tarde se elaboran con minuciosidad los detalles más finos de la oclusión, la sociedad británica de estudios de la ortodoncia (1926) definió la oclusión como la relación de los dientes del maxilar superior con los del inferior cuando los maxilares están cerrados y los cóndilos en reposo en las fosas glenoideas. La oclusión también se podrá definir como la relación de contacto de los dientes en función y en parafunción, este término no se refiere solo al contacto de interface oclusal, sino que comprende además todos los factores que contribuyen al desarrollo y la estabilidad del sistema masticatorio y a la utilización de los dientes en la actividad motora oral. ⁽¹¹⁾

La literatura estomatológica está llena de discusiones desarrolladas en el campo de la oclusión dentaria, esquemas oclusales, filosofías y métodos de restauración de oclusiones dañadas o desgastadas. Tradicionalmente este tema ha sido de una naturaleza compleja, por lo que los estudios de la oclusión han sido extremadamente complicados tanto para los estudiantes de pregrado como de posgrado. ⁽¹⁷⁾

Se puede considerar que el complejo maxilofacial se compone de 3 sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal, el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas se tiene una oclusión funcionalmente equilibrada. ⁽¹⁾

Según Jeffrey Okesson, es “la relación estática de los dientes, la que constituye un factor fundamental en todos los aspectos de la dentición”. ⁽⁵⁾

Las maloclusiones o problemas de oclusión dental son el resultado de la adaptación de la región orofacial, cuentan con varios factores etiológicos y el resultado de éstas pueden provocar diversas complicaciones que varían desde la insatisfacción estética, hasta alteraciones en la función del habla, masticación, y deglución, disfunción temporomandibulares y dolor orofacial, por lo que son numerosas las causas que pueden originar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares. Las causas primarias y secundarias de dichas maloclusiones suelen ser indudablemente provocadas por parafunciones o hábitos bucales, representan factores de riesgo para el adecuado desarrollo del Sistema Estomatognático. Al aumentar la frecuencia, duración e intensidad con que se realizan, estos hábitos pueden generar problemas en el desarrollo craneofacial y en la musculatura orofacial; se ha reportado en diferentes estudios la relación que existe entre los hábitos orales nocivos con el desarrollo de maloclusiones dentales; los cuales pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga, aburrimiento o aparecer por falta de atención de los padres hacia el niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional, los cuales si se mantienen durante largos periodos de tiempo producen parafunciones deformantes. ^(11, 12,15,18-22)

La clave para una eliminación satisfactoria de una parafunción es la cooperación de los padres, motivando al hijo para la erradicación de la misma, asociado a un tratamiento precoz para detectar a tiempo el problema y evitar las consecuencias indeseables de éstos. El interés despertado en los últimos años por el estudio de las determinantes psicológicas y sociales, refleja un cambio sustancial del pensamiento médico. La calidad de vida de la población deberá mejorar con el avance de la ciencia y la tecnología del siglo XXI y dentro de ella la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. ^(11,15,18-21)

El riesgo de que los niños adquieran los hábitos orales durante su infancia, ha sido un problema que siempre ha existido por la deficiencia o falta de información por parte de los padres. Un hábito es una costumbre

del niño por realizar repetitivamente una acción volviéndose algo normal para él, razón por la cual esto produce cierto grado de satisfacción en el menor. (13,18, 20, 21)

Los hábitos pueden ser considerados comportamientos obtenidos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los hábitos bucales se clasifican como fisiológicos, tales como la respiración nasal, habla, masticación y deglución, o bien, parafuncionales, tales como la succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo. (11,13,18-22)

Para el logro de la salud bucal resulta el control de hábitos bucales deformantes (HBD) muy común en los niños y que puede considerarse normal hasta los 2 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. Además de estos factores, existen otros que pueden afectar el desarrollo de una buena oclusión, como son: las extracciones prematuras de los dientes temporales, la naturaleza de la alimentación; se ha observado que la falta de alimentos duros que necesita una masticación cuidadosa, es un factor en la producción de insuficiencia en los arcos dentarios y que la falta de fusión adecuada conduce a una contracción de los arcos dentales e insuficiente desgaste oclusal, así como a la falta de ajuste que se observa en la dentición ya desarrollada; los niños alimentados al pecho materno se dice que tienen un menor número de maloclusiones, ya que el estímulo de la succión conduce a un mejor crecimiento y desarrollo de su sistema estomatognático, enfermedades y malformaciones congénitas que pueden afectar el crecimiento y desarrollo del cuerpo y la región facial. (11,13, 15,18-22)

Estos hábitos no tienen un comportamiento definido, su prevalencia es tan variable que se han reportado tasas de prevalencia desde 0.29 en la India hasta 0.76 en Cuba. (23)

Uno de los problemas o complicaciones más graves de la presencia de estos hábitos en los niños es el apiñamiento dental, este problema se

presenta por que los padres se descuidan, no llevan a tiempo a sus hijos al especialista y estos hábitos de succión continúan hasta que causan alteraciones en las arcadas dentarias.

El apiñamiento dentario son las alteraciones que se producen en la posición de los dientes, las que pueden ser: ligera, moderada o severa. El apiñamiento es un problema que se agrava conforme el niño va creciendo, y conlleva a un sin número de enfermedades como la caries dental, y la enfermedad periodontal que si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo pueden repercutir no solo en la estética del niño sino también en la salud general del mismo. ⁽²¹⁾

En general, las maloclusiones se presentan en edades tempranas; si no se hace un diagnóstico y una intervención oportuna, se permite que avancen en el tiempo y sean cada vez más severas y con dictámenes más complicados y tratamientos complejos, por lo cual es importante que se tenga un diagnóstico integral, que no sólo considere los factores dentales, musculares y esqueléticos, sino el conjunto estomatognático y al propio individuo (biotipo), en su personalidad psíquica y entorno social, para determinar el tipo de tratamiento requerido. ⁽²⁴⁾

Un elemento esencial dentro de la Odontología, es la educación para la salud, la cual tiene como objetivo orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima, lo más significativo en odontología preventiva es el énfasis en las acciones de educación bucal, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades estomatológicas. ⁽¹¹⁾

Debido a que hoy en día existen problemas de maloclusiones dentales principalmente en poblaciones de edad escolar, y sobre todo en zonas rurales en los municipios de la provincia donde no se han realizado estudios que describan la frecuencia de las maloclusiones las cuales tienden a estar relacionadas con hábitos orales, y como pueden ser desencadenados por diversos factores, se hace necesario una detección temprana para el tratamiento oportuno de dichas afecciones. Así mismo, esto podrá ser de ayuda para los especialistas que atienden este tipo de

padecimientos, siendo una de las finalidades que pueda contar con mayor información y ampliar dichas estadísticas a nivel regional.

Por lo anteriormente expuesto la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente pregunta científica:

¿Cuáles serán las alteraciones de la oclusión en niños de 5 a 12 años de la escuela primaria "Carlos Manuel de Céspedes" del municipio Chambas?

OBJETIVOS

General

Describir las alteraciones de la oclusión en niños de 5 a 12 años de la escuela primaria "Carlos Manuel de Céspedes" del municipio Chambas en la provincia Ciego de Ávila en el periodo correspondiente de abril del 2018 a abril del 2019.

Específicos

1. Fundamentar los sustentos teóricos sobre alteraciones de la oclusión dentaria.
2. Distribuir la población de estudio según edad, sexo, grado escolar
3. Describir las manifestaciones clínicas en los pacientes con alteraciones de la oclusión.
4. Identificar los factores predisponentes a las alteraciones en la oclusión.
5. Determinar la actitud emocional en los pacientes en estudio.

MARCO TEORICO

Las afecciones bucales constituyen un problema de salud por la alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación, discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud pública. ⁽¹⁵⁾

Antecedentes de estudios a nivel internacional

En Perú se vienen realizando estudios epidemiológicos sobre maloclusiones desde 1954, existiendo algunos estudios en regiones de la Costa, Sierra y Selva, con una prevalencia de 81.9%, 79.1% y 78.5% respectivamente. Siendo esta última región la que menos datos reportados presenta. Casi todos los estudios muestran datos de población urbana, especialmente aquellas de fácil acceso, pero existen muy pocos reportes de población rural y de comunidades nativas. Según el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado en los años 2001-2002 la prevalencia de maloclusiones es del 80%. (MINSA, 2015). ^(12,25)

Urrieta et al. (2008). Argentina. En su investigación plantea como objetivo indagar la prevalencia de hábitos bucales y maloclusiones en el sector anterior presente en los pacientes atendidos en el primer diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A, tuvo como resultados. La prevalencia de pacientes con hábitos bucales fue de 64,7% siendo el género femenino predominante con un 35,29% y el masculino con un 29,41%. Las alteraciones de oclusión encontradas en el sector anterior son apiñamiento, mordida profunda, protrusión dentaria. ⁽¹²⁾

En Ecuador (Quito) se llevó a cabo un estudio de maloclusiones en los estudiantes de segundo y tercero de bachillerato de la Universidad Central del Ecuador. En el grupo estudiado el 60% de estudiantes corresponde al sexo femenino, en tanto que el 40% restante es de sexo masculino; el 40% de estudiantes oscilan entre los 18- 19

años, el 45% entre los 20-21 años, el 13% entre los 22- 23 años y el 2% entre los 24-25 años. Se evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle. Se encontró una prevalencia de maloclusiones del 47,16% de estudiantes con Clase I de Angle, 16,99% presentan Clase II de Angle y el 7,55% con Clase III de Angle en las dos hemiarcadas; se clasificó independientemente si la Clase corresponde a las dos hemiarcadas del paciente donde se obtuvieron los siguientes resultados hemiarcada derecha Clase I de Angle el 66,04%, Clase II de Angle el 18,87% y en Clase III de Angle el 15,09% mientras que en la hemiarcada izquierda presenta Clase I de Angle el 54,72%, Clase II y Clase III de Angle el 22,64% (Organización Mundial de la salud, 2011). ⁽¹³⁾

En Venezuela se realizó un estudio en el que se analizó las maloclusiones de 479 pacientes el 97,29% de los pacientes tuvo edades entre 5 y 12 años. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo utilizando la Clasificación de Angle, modificación Dewey-Anderson. Los resultados mostraron que el 64,30% de los pacientes presentó maloclusión Clase I; 20,67% Clase II y 15, 03% Clase III. ⁽¹³⁾ En un estudio realizado en la Institución Educativa Manzanillo del Mar, en Cartagena de Indias (Colombia, 2011), para estimar la prevalencia de las maloclusiones en la población de niños entre 8 y 12 años y conocer sus características maxilofaciales, se obtuvo que el 62,5% de los estudiantes fue clase I del lado izquierdo; el 58,8%, clase I del lado derecho; el 26,4%, clase II, izquierda, y el 25%, clase II, derecha; el 11,1%, clase III, izquierdo y el 6,9%, clase III los factores relacionados con la presencia de las maloclusiones. Un estudio epidemiológico realizado recientemente en España sobre una muestra de 1100 escolares valoró que el 53,3% presentaba algún hábito oral. Otro estudio realizado entre adolescentes de Pasto, Colombia (2008- 2009), evaluó a 387 individuos con edades de 13 a 16 años, encontrando irregularidades anterosuperiores entre 1 y 2 mm, las cuales se presentaron en el 34,7%, e irregularidades anteroinferiores entre 1 y 2 mm en el 39,3%. Otras alteraciones que se observaron fueron la presencia de mordida abierta > 0 mm en el 18,9%, una relación molar clase II en el 17,6% y clase en el 13,7%. Las relaciones molares clases II y III se presentaron en el 17,6 y el 13,7%, respectivamente. ⁽²⁴⁾

Lugo, C. (2011). Venezuela. En su trabajo planteo como objetivo determinar los hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Se obtuvieron como resultados que 40.8% presentaron algún hábito oral, el hábito más frecuente fue el de succión con el 62.14%, interposición lingual 32.8% y la respiración oral 5%. La maloclusión más frecuente fue la clase I. Los hábitos bucales no fisiológicos son responsables de una gran cantidad de maloclusiones en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento, por consiguiente, todo lo que hagamos para interceptar y erradicar oportunamente dichos hábitos redundará en un desarrollo armónico y funcional del sistema estomatognático. García, V. (2011). España. En su investigación se planteó como objetivo conocer las características de la maloclusión y su posible relación con las alteraciones funcionales y los hábitos orales. Los resultados fueron el 72,8% presenta según Angle Clase I; 19,0% y 5,2% Clase II/1 y II/2 respectivamente y 2,9% Clase III. El hábito onicofagia fue el más frecuente con un 46,4%, llego a la conclusión que el diagnóstico de alteraciones funcionales y de hábitos orales puede advertir la presencia de maloclusión. ⁽¹³⁾ En un estudio similar realizado en Costa Rica, en el año 2012 se analizaron 195 niños de 8 a 12 años de edad., de los cuales el 88% presentaron algún tipo de maloclusión. Se evaluó la presencia de maloclusiones usando la clasificación de Angle. Identificándose que la prevalencia de la maloclusión es de un 45.11% observándose la CII como más prevalente con un 30.76% y la CIII con un 14.35%. ⁽¹³⁾

Zapata, M. (2013). Perú. En su investigación se planteó como objetivo relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio los Educadores, los resultados fueron la maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%. La mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ($p < 0.01$) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior ($p < 0.05$). Concluyendo que si existe relación entre los hábitos bucales y la

presencia de maloclusiones dentarias en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores. ⁽¹²⁾

Ourens M, Keller R, Hilgert J, Lorenzo S, Hugo F, Álvarez R, et al (2013): realizaron un estudio transversal, con una muestra 438 personas entre 15 y 24 años del interior de Uruguay, con la finalidad de determinar la prevalencia de maloclusiones, su severidad y necesidad de tratamiento, así como también su asociación con variables sociodemográficas, de calidad de vida e indicadores de riesgo. Para este estudio se consideró como variable dependiente el DAI (Índice de Estética Dental). ⁽⁸⁾

De acuerdo a un estudio de prevalencia realizado por Pacanet (2014), se evidenció que este “mal hábito oral” puede ocasionar alteraciones, tales como mordidas abiertas, apiñamiento, rotaciones, atrición, fracturas y/o destrucción alveolar de los dientes involucrados, protrusión de los incisivos superiores, gingivitis, entre otras. Además, puede ocasionar diversas infecciones en las uñas, tales como onicomycosis y paroniquia, las que pueden ser transmitidas hacia la cavidad oral. ⁽⁵⁾

Por su parte Mendoza, L. (2014). México. En su investigación se plantea como objetivo determinar la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en la población de 12 a 15 años que solicitaron atención dental en la clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM, los resultados fueron que el hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual con 66.2%; succión labial con 49.3%; onicofagia 41.9%; respiración bucal 31.8%; en cuanto a las maloclusiones la maloclusión vertical tuvo un 35.1%. Se encontró relación con el hábito de interposición lingual y maloclusión vertical ($p < 0.000$); respiración bucal con maloclusión transversal. ⁽¹²⁾

Burgos, D. (2014). De Chile. En su estudio se planteó como objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de Frutillar, entre 6 a 15 años durante el año 2012, de acuerdo a sus características oclusales, de los resultados encontrados el 46,7% presentó dentición permanente; el 96,2% de los

estudiantes examinados presentó algún tipo de maloclusión, de estos el 44,6% está al límite o requería de tratamiento ortodóncico, de acuerdo al índice de necesidad de tratamiento ortodóncico, la Clase I de Angle fue la más frecuente en el 51,1% de los sujetos, similar en ambos sexos; 24,5% presentó una Clase II y 21,7% de los casos mostró una Clase III de Angle. ⁽¹²⁾

Más recientemente González Nieto Esther (2017): Realizó una Tesis Doctoral de estudio de tipo epidemiológico descriptivo transversal, con una población de 552 escolares de 12 y 18 años de edad, escolares de 1°ESO a “2° de bachillerato en una Comunidad en Madrid – España. Se realizó esta investigación para conocer las necesidades de tratamiento y percepción de estética dental mediante la aplicación de los índices DAI e IOTN, así como sus componentes DHC y AC y variables relacionadas. El resultado de la investigación fue en la exploración de ortodoncia realizada, se registró mayor frecuencia de Clase I molar, Clases II canina, resalte normal, sobremordida aumentada, desviación de la línea media inferior y discrepancia ósea dentaria negativa de carácter leve, sobre todo a nivel inferior. ⁽⁸⁾

A nivel nacional

Estrada et al. (2008). Cuba. En su trabajo de investigación se plantearon como objetivo determinar la presencia de hábitos bucales en adolescentes de 14 a 18 años y su relación con las maloclusiones, se llegó a la conclusión, que el mayor por ciento de maloclusiones se concentró en la edad de 15 años con 75 alumnos para un 37,5% y el menor por ciento a los 14 años en solo 4 alumnos para un 2%. La mayoría correspondió al sexo masculino 159, un 53,40% presentaron hábitos bucales siendo el hábito de respiración bucal el más frecuente. ⁽¹²⁾

En el 2013 se realizó en Cuba un estudio de Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria, se observó que la succión digital fue el hábito más representativo ya que es 12 veces más probable que los individuos que presentan este hábito muestren maloclusión, seguidos del factor de riesgo de lengua protráctil con 11,3 veces más que se presente algún tipo de alteración. ⁽¹⁹⁾

En un estudio cuasiexperimental con intervención antes y después,

realizado en una muestra de 67 niños de Cienfuegos, se identificaron los diferentes tipos de hábitos y anomalías presentes en cada niño, se aplicó el programa “Cuida tu sonrisa” con frecuencia semanal a padres niños y educadores. Los resultados arrojaron que se erradicó el 66 % de los hábitos deformantes y hubo reducción de las anomalías dentomaxilofaciales. Se elevó el nivel de conocimiento de niños, padres y educadores. (Acevedo O., Mora C., Capote J., Rosell C., Hernández Y., 2011). ⁽²¹⁾

Es por esta razón que se recomienda la atención preventiva interceptiva a los escolares desde una corta edad, porque como muestra el estudio desde la dentición temporaria empiezan a causar daños los hábitos bucales trayendo graves consecuencias a la dentición permanente. Se realizó una intervención educativa para modificar conocimientos y comportamientos de 48 escolares de segundo grado con hábitos de succión digital, pertenecientes a la Escuela Primaria de Santiago de Cuba, luego de ejecutar actividades educativas basadas en técnicas afectivo-participativas, particularmente amenas para los educandos de esas edades, 32 de ellos (66,66 %) abandonaron esa práctica deformante por haber comprendido su nocividad, desde los puntos de vista estético y funcional.(Manuela, 2011). ⁽²¹⁾

Álvarez et al. (2017). Cuba. En su investigación se plantearon como objetivo identificar los estudiantes afectados por prácticas de hábitos bucales y su relación con la presencia de maloclusiones dentarias, se encontró el 58,7 % de estudiantes fueron identificados con hábitos bucales deformantes, la mayor prevalencia detectada estuvo en la deglución atípica con 25,3 %, seguidos por la respiración bucal con 19,4 % y la succión digital con 14,0 %. Las maloclusiones de Clase II división 1 predominaron en los identificados con hábitos, cuyos valores fueron: 34,7 %, 39,4 % y 32 % en los que presentaron respiración bucal, succión digital y deglución atípica, en ese orden, hubo una disminución progresiva de los hábitos a medida que se incrementaron las edades. Concluyeron que la mayoría de los

estudiantes identificados con hábitos bucales deformantes, estuvieron relacionados con la presencia de maloclusiones dentarias. En ellos, las anomalías se incrementaron conjuntamente con la edad. Prevalcieron las maloclusiones de Clase II división 1, por sobre las restantes entidades clínicas estudiadas, hecho que alerta sobre la necesidad de interceptar estas prácticas nocivas en edades tempranas y exigir el cumplimiento de los programas de prevención e intercepción de anomalías dentofaciales en el nivel primario de atención. ⁽¹²⁾

Se realizó un estudio analítico para determinar el efecto de la acción de algunos factores de riesgo como: hábitos bucales deformantes sobre la oclusión dentaria temporal, se examinaron todos los niños de 5 años de edad con dentición temporal, matriculados en los círculos infantiles del área de salud de la Clínica Estomatológica Docente del municipio de Ciego de Ávila durante el curso escolar 2009-2010. Se concluye que los factores de riesgo: succión digital, empuje lingual, respiración bucal, caries proximal, demostraron estar fuertemente asociados a las alteraciones de las características normales de la oclusión temporal como efecto. (Armando C., Mairelis P., Yosvany L., 2011). ⁽²¹⁾

Base teórica

Para comprender las diferentes maloclusiones se debe conocer la oclusión normal. La oclusión se divide en: Oclusión estática: se refiere cuando el contacto entre los dientes fija la mandíbula. Oclusión dinámica: se refiere en los cosos de contactos oclusales, cuando la mandíbula está en movimiento, como el proceso masticatorio. Oclusión céntrica: es la oclusión que una persona posee cuando los dientes están en su máxima intercuspidación. También se refiere a la mordida habitual de una persona. La relación céntrica no debe ser confundida con ésta. Articulación Temporomandibular (ATM) La articulación temporomandibular se considera básicamente una diartrosis bicondílea ya que se encuentra conformada por dos superficies convexas recubiertas por un fibrocartílago con movimientos libres de fricción y un elemento de adaptación entre ambas que es el disco articular. Esta articulación se encuentra situada en la base del cráneo, delimitada esencialmente

por la porción escamosa del hueso temporal, el proceso condilar de la mandíbula, un menisco, los ligamentos, la cápsula y demás estructuras relacionadas como los componentes neuromusculares (Murrieta, 2011). Dentro de las causas de los trastornos temporomandibulares se encuentran principalmente factores oclusales; aunque actualmente se reconoce como una teoría multifactorial en la que se considera el rol de parafunciones y alteraciones de la articulación, junto a rasgos de personalidad y el estrés (Hormiga Sánchez, Bonett Collante, Alodia Martínez & Jaimes Barros 2009). ⁽¹¹⁾

Los primeros intentos de clasificar las maloclusiones provienen de Fox, que basaba su clasificación en las relaciones de los incisivos. Tras Fox, muchos autores han propuesto multitud de clasificaciones. Sin embargo, fue Angle el que aportó una clasificación que por su simplicidad ha quedado consagrada por el uso, es universalmente aceptada y conocida por todos. ¹⁴ Angle, en 1899, publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones. ⁽²⁾

Dentro de las alteraciones de la oclusión normal del sistema estomatognático se encuentran las maloclusiones dentales y esqueléticas. En el primer caso, se presentan como una desviación de los dientes de su oclusión ideal, la cual varía entre las personas de acuerdo con diferentes factores ambientales y genéticos. Por otro lado, las maloclusiones esqueléticas se manifiestan como una alteración de forma, tamaño y posición de ambos maxilares. La presencia de maloclusiones es un problema cada vez más frecuente en la población mundial; es considerada por diversas organizaciones internacionales como un problema de salud pública, teniendo en cuenta su prevalencia dentro de las patologías bucales, junto a las caries y la enfermedad periodontal. ⁽²⁴⁾

La clasificación de las clases dentales están basadas en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen de las posiciones mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión. ⁽²⁾

En cierta medida, las alteraciones funcionales y los hábitos orales pueden llegar a modificar la posición de los dientes, la relación de las arcadas dentarias entre sí e interferir en el crecimiento normal y en la función. ^(24,25)

Maloclusión dental

La maloclusión se caracteriza porque el grado de desplazamiento dental guarda una relación más estrecha con el número de horas de succión diaria que con la magnitud de la presión. Graber define la maloclusión como procesos no patológicos, sin embargo, las alteraciones en cuanto al crecimiento y desarrollo producen una maloclusión, mostrándose desarmonía: a nivel de la dentición, a nivel de la articulación temporomandibular, así como también en las estructuras craneofacial, neuromuscular, orofacial y otros tejidos blandos; creándose de este modo un problema en el individuo, ya sea funcional o psicosocial. Esta maloclusión va a variar de una persona a otra en intensidad y gravedad, pudiendo producirse desde una única rotación o mal posición de un diente hasta el apiñamiento de un grupo mayor de dientes e incluso hasta la relación anómala de una arcada con la otra. ⁽⁷⁾

Los problemas de oclusión dentaria denominados oclusopatías, conforme a la nomenclatura empleada por Simões (1978), consiste en anomalías de crecimiento y desenvolvimiento afectando principalmente, los músculos de los maxilares en periodo de infancia y de adolescencia, que pueden producir alteraciones tanto del punto de vista estético de dientes y cara, desde el punto de vista funcional de la oclusión, masticación y fonación. ⁽⁷⁾

Se define maloclusión como la relación alternativa de partes desproporcionadas. Sus alteraciones pueden afectar a cuatro sistemas simultáneamente: dientes, huesos, músculos y nervios. Determinados casos muestran irregularidades solamente en la posición de los dientes. ^(27,28) La maloclusión es la alineación incorrecta de los dientes (Villafrancia, Fernández, & García, 2011). ⁽¹³⁾

Otros autores la definen como una alteración de la normal relación entre los sistemas masticatorio y neuromuscular, la ATM, los tejidos de sostén y el esqueleto craneofacial. Se considera como resultado final de una suma multifactorial en la que

intervienen elementos medioambientales, genéticos y posturales. Proffit et al estiman que el 95 % de la población presenta alguna forma de maloclusión. Para Edward Angle, el abordaje de toda maldisposición dentaria "será difícilmente exitoso si los desórdenes funcionales subyacentes continúan y no son abordados". Así, consideraremos el papel que juega la disposición craneocervical en relación a la ortodoncia como disciplina que atendiendo las necesidades de jóvenes y adultos pretende lograr una estética facial y dentaria mediante un abordaje terapéutico y preventivo de los problemas de oclusión y mordida. ⁽²⁶⁾

Una malposición dentaria es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. La malposición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, y por tanto es causa de maloclusión dentaria (Revista Cubana de Estomatología) Otros autores definen la maloclusiones como alteraciones de carácter genético, funcional o traumático y dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. La maloclusión no es una variable discreta, sino, una suma mal definida de variación genética y de los efectos de factores intrínsecos y extrínsecos sobre el crecimiento de la cara, de los dientes y maxilares. Las maloclusiones severas son a menudo acompañadas por desproporciones de la cara y de los maxilares. (Sosa Rodríguez, 2012). ^(2-4,13)

Otros pueden presentar dientes alineados o bien posicionados existiendo, sin embargo, una relación basal anormal algunos autores utilizan el termino displasia para identificar estas anomalías. Así, las maloclusiones pueden ser displasias dentarias, esqueléticas y dento-esqueléticas. (Cambor, 2008, p. 5). ^(2-4, 12,13)

Clasificación de las maloclusiones. Clasificación de Angle

Según Edward Angle la maloclusión es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura. Cualquier desviación de la oclusión ideal ha sido clasificada como "maloclusión". ANGLE estudió las relaciones mesiodistales de las piezas dentarias basándose en la posición de los primeros molares permanentes y describió las diferentes maloclusiones. Las llamó CLASES. ⁽⁶⁾

Angle en 1899, publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones. El autor supuso que el primer molar permanente superior ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías eran consecuencia de cambios anteroposteriores de la arcada inferior en relación a él. Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas, que se distinguen de la oclusión normal, las clases de maloclusión fueron divididas en I, II, III (en números romanos).

. (2-6, 8, 11-13, 16, 28, 29)

Clase I.

Están inclinadas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar. El autor denominó llave molar a la oclusión correcta entre los molares permanentes superior e inferior, en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. En los pacientes portadores de clase I de Angle es frecuente la presencia de un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua. (3-6, 8, 11, 16, 27, 30, 31)

Clase II.

Son clasificadas como clase II de Angle las maloclusiones en las cuales el primer molar permanente inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior, siendo, por eso, también denominada distoclusión. Su característica determinante es que el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. En general los pacientes clasificados en este grupo presentan perfil facial convexo. Las maloclusiones clase II fueron separadas en dos divisiones: la división 1 y la división 2 (escritas en números arábigos). (2, 6, 8, 11, 13, 27-31)

Clase II división 1.

Angle situó en esta división las maloclusiones clase II con inclinación vestibular de los incisivos superiores, son frecuentes en

estos pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores. Este desajuste anterosuperior es llamado resalte u “overjet”. El perfil facial de estos pacientes es general convexo. Se puede observar asociada a la clase II división 1 la presencia de: Mordida profunda: ya que el contacto oclusal de los incisivos está alterado por el resalte, estos suelen extruirse, profundizando la mordida.

Mordida abierta: presente en los pacientes que poseen hábitos inadecuados, ya sea debido a la interposición de la lengua, a la succión digital o al chupón. Problemas de espacio: falta o exceso de espacio en el arco. Cruzamiento de mordida: en los casos con resalte, la lengua tiende a proyectarse anteriormente durante las funciones de deglución y fonación, manteniéndose asentada en el piso bucal (al contrario de tocar el paladar duro) durante el reposo. Este desequilibrio favorece la palatinización de los premolares y molares superiores, pudiendo generar mordidas cruzadas.

Malposiciones dentarias individuales: en algunos casos, la relación molar clase II ocurre solamente en uno de los lados, es estos casos decimos que estamos ante una clase II, división 1, subdivisión derecha (cuando la relación molar clase II estuviera solamente en el lado derecho), o clase II división 1, subdivisión izquierda (cuando la clase II estuviera en el lado izquierdo).^(2,6,8,11,13,16,27-31)

Clase II división 2.

Esta clase engloba las maloclusiones que presentan relación molar clase II sin resalte de los incisivos superiores, estando ellos palatinizados o verticalizados. Los perfiles faciales más comunes a esta maloclusión son el perfil recto y el levemente convexo, asociados, respectivamente, a la musculatura equilibrada o a esta con una leve alteración. Es posible que encontremos asociada a la clase II, división 2, una mordida profunda anterior, principalmente en los casos en que no hay contacto interincisal. Cuando la maloclusión clase II división 2 presenta relación molar clase II

solamente en uno de los lados, usamos el termino subdivisión. (2,6,8,11,13,16,27-31)

Clase III.

Angle clasificó como clase III las maloclusiones en las que el primer molar permanente inferior y, por tanto, su surco mesiovestibular se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. El perfil facial es predominantemente cóncavo y la musculatura esta, en general, desequilibrada. Los cruzamientos de mordida anterior o posterior son frecuentes. Eventualmente encontramos problemas de espacio (falta o exceso), mordidas abiertas o profundadas y malposiciones dentarias individuales. En el caso en que solamente uno de los dos lados este en clase III, empleamos en termino subdivisión. La clasificación de Angle es, aun hoy, la más utilizada por los ortodoncistas, y esto se debe a su simplicidad con solamente tres clases y fácil comprensión. Sus limitaciones están en el hecho de que el primer molar superior permanente no es estable en el esqueleto craneofacial, como probaron los estudios cefalométricos posteriores; se basa solamente en el posicionamiento de los dientes, dejando de elucidar los aspectos óseos y musculares, y considera solamente las alteraciones en el sentido anteroposterior, no citando los verticales o transversales. Para compensar las eventuales fallas de la clasificación de Angle. (2,6,8,11,13,16,27-31)

Relación canina

Clase I. La cúspide del canino superior ocluye entre el canino inferior y el primer premolar inferior.

Clase II. El canino superior ocluye entre el canino inferior y el incisivo lateral inferior.

Clase III. El canino superior ocluye muy distal al canino inferior. (2,5,12,13)

Clasificación de Lisher

En 1911, Lisher sugiere una manera de clasificar el mal posicionamiento dentario de forma individualizada, es decir, el autor utiliza un nombre que define la alteración del diente en relación a su posición normal. Añadió el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvío. (2,5,12,13)

- Mesioversión. El diente está mesializado en relación a su posición normal.
2. Distoversión. Distalización del diente en relación a su posición ideal.
 3. Vestibuloversión o labioversión. El diente presenta su corona vestibularizada en relación a su posición normal.
 4. Linguoversión. La corona dentaria está lingualizada en relación a su posición ideal.
 5. Infraversión. El diente presenta su cara oclusal o incisal sin alcanzar el plano oclusal.
 6. Supraversión. El diente está con la cara oclusal, o borde incisal, sobrepasando el plano de oclusión.
 7. Giroversión. Indica una rotación del diente alrededor de su eje longitudinal.
 8. Axioversión. Hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
 9. Transversión. El diente sufrió una transposición, es decir, cambio su posicionamiento en el arco dentario.
 10. Perversión. Indica la impactación del diente, en general, por falta de espacio en el arco.

Los términos creados por Lisher pueden ser combinados para denominar un diente que reúna dos o más alteraciones, como inframesioversión, xigiroversión o, incluso, mesiolinguosupraversión.^(2,5,12,13)

Clasificación de Simón.

La clasificación de Simón data de 1922 y prevé la división de las maloclusiones relacionando los arcos dentarios, o parte de ellos, con tres planos anatómicos. Los planos elegidos fueron el de Frankfurt, el sagital medio y el orbitario. ^(2,5,12,13)

1. Anomalías anteroposteriores. Empleando como referencia el plano orbitario, Simón denominó protracción al desplazamiento hacia delante de todo el arco dentario, o parte del mismo; y retracción al desplazamiento de uno o más dientes hacia atrás. (Vellini, 2002, p. 112).

2. Anomalías transversales. Son relacionadas al plano sagital medio, y se dice contracción cuando hay acercamiento de un diente o segmento de arco y distracción

para el alejamiento con relación al plano. (Vellini, 2002, p. 114).

3. Anomalías verticales. Fueron relacionadas al plano de Frankfurt, y denominadas atracción cuando se acercan al plano (intrusión de los dientes maxilares o extrusión de los dientes mandibulares) y abstracción cuando se alejan. El sistema descrito tiene una gran importancia clínica, pues orienta los dientes o arcos dentarios con relación al esqueleto craneofacial, dando una visión tridimensional de la maloclusión. Sin embargo, a pesar de su uso diagnóstico y conceptual, no tiene la debida divulgación entre los ortodoncistas. En la práctica clínica se utilizan solamente los términos protracción y retracción, y más raramente contracción.^(2,5,12,13)

Según la causa Moyers (1988) clasifica el origen de la maloclusión en (predisponente o existente) hereditaria, traumática, malnutrición, hábitos deformantes de la oclusión, desconocida. Según el tiempo Pre- o posnatal continuo o intermitente. Según el tejido afectado (primariamente o secundariamente), blando duro (dientes, hueso y cartílago). Según el resultado malfunción maloclusión (esquelética o dental), displasia ósea, mordida abierta cuando existe mordida abierta existe un contacto con las piezas posteriores y no hay contacto en los dientes anteriores. Sobremordida vertical, se refiere a un estado de sobremordida vertical aumentada en la que la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. Este resalte dental es denominado overbite o sobremordida vertical y la norma es de 2 mm. Sin embargo, otros autores lo consideran en porcentaje y menciona que existe una sobremordida vertical normal cuando cerca del 20% de la superficie labial de los incisivos inferiores está cubierta por los incisivos superiores (Natera, 2006). ⁽¹¹⁾

La Sobremordida Horizontal que no es más que la proyección de los dientes superiores anteriores y/o posteriores de uno de los arcos, más allá de sus antagonistas en una dirección horizontal, cuando los dientes posteriores ocluyen. Mordida Cruzada es un problema causado generalmente cuando un diente inferior o más, quedan mordiendo por delante del anterior superior, o los superiores se colocan por detrás de los dientes inferiores. En diferentes estudios se menciona que la mordida cruzada posterior es una maloclusión común en la dentición primaria y mixta. Las mordidas cruzadas posteriores pueden afectar uno o más dientes, una o

ambas hemiarcadas y pueden clasificarse además como esqueléticas, dentales y funcionales o no funcionales; y una vez desarrolladas no se corregirán por sí mismas, sino que evolucionarán más a medida que los dientes hacen erupción; por lo que es prudente corregirlas lo antes posible. La forma de arcos dentales: se observa el tipo de arcos dentales que pueden ser ovoide, rectangular, ojival y la simetría entre estos. Hábitos: modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas. (2,5,11-13)

El micrognatismo transversal superior es una anomalía en la que se encuentra afectado el desarrollo de los huesos basales del maxilar superior en sentido transversal, por lo cual debe ser tomado en cuenta como una anomalía de tamaño que causa la falta de espacio para la ubicación normal de los dientes y puede provocar la maloclusión dental. (34)

Etiología de la maloclusión

De acuerdo a Graber, los factores etiológicos de la maloclusión se dividen en:

Factores generales:

Herencia

Defectos congénitos

Medio ambiente

Problemas nutricionales

Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales

Postura

Trauma y accidentes

Factores locales:

Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas.

Anomalías en el tamaño de dientes

Anomalías en la forma de los dientes

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de

tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no sólo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional. ^(2,12,13) Son numerosas las causas que pueden originar o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que se encuentran los elementos totalmente externos, sobre los cuales se puede actuar y que han sido ampliamente estudiados y tratados por algunos autores, con énfasis en los hábitos bucales deformantes, pues al conocerlos se puede realizar una correcta prevención y atender al paciente de manera integral. (Pino Román, Iraida María, Véliz Concepción, Olga Lidia, y García Vega, Pablo Antonio. 2014.). ^(12,25)

La prevención de estos hábitos deformantes ayuda a promover un ambiente neuromuscular normal, que contribuye a la función y el crecimiento, y no distorsiona la estructura esquelética en desarrollo. (Reyes et al. 2013). ^(12,15,30,33)

Hábitos bucales

Definición

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente (Laboren, 2010, p. 18).

Clasificación

Se clasifican en dos tipos:

Hábitos fisiológicos. Son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución (Lugo, 2011, p.16).

Hábitos no fisiológicos. Se consideran hábitos no fisiológicos o malos hábitos aquellas prácticas repetidas en el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo. Son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dento-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. Dentro de estos hábitos tenemos la succión digital, la respiración bucal, bruxismo, la deglución atípica muy de la mano con un empuje lingual involuntario, la postura entre otros (Laboren, 2010, p. 26) ^(5,11-13,18-20,15, 30,33)

Los hábitos bucales no fisiológicos o parafuncionales tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, constituyendo patrones reflejos de naturaleza compleja, causan desequilibrio de fuerzas musculares orales y periorales, considerándose obstáculos o interferencias en el desarrollo del sistema estomatognático. Esto conlleva 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 en esta etapa el hueso tiene más capacidad de moldearse afectando el establecimiento de una oclusión normal. Estos hábitos parafuncionales se consideran uno de los factores etiológicos de las maloclusiones del siglo XIX. Si se realiza un tratamiento temprano hay posibilidad de corregir el patrón de crecimiento de los maxilares y los arcos dentarios, al igual que si retiramos el hábito antes de los tres años de edad los problemas pueden corregirse espontáneamente. ^(11,15,19,20, 33)

Factores que modifican la acción de un hábito.

Duración: Por su duración pueden subclasificarse:

Infantil: (Hasta dos años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos. (Canut, 2008,p.220).

Pre-escolar: (Dos a cinco años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir malposiciones dentarias en los dientes primarios. Si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos. (Canut, 2008, p. 221).

Escolar: (Seis a doce años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueletales.

Frecuencia: Pueden ser intermitente (Que se interrumpe y prosigue cada cierto tiempo de manera reiterada) o continuos (Que no muestra interrupciones).

Intensidad:

Se clasifican en:

Poca intensa: presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo.

Intensa: Cuando la contracción del músculo buccinador es fácilmente apreciable. (Canut, 2008, p. 225). (11-13,18-20)

La importancia de los hábitos bucales para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, un hábito bucal afecta produciendo una alteración en el desarrollo del sistema estomatognático lo que se traduce en una deformación, puede originar un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas (mejilla y labio en la zona anterior) y las fuerzas musculares internas (lengua); estas afectan cuando son practicadas con mayor frecuencia. Es así que estos causan maloclusión dentaria; la cual es una afección del desarrollo bucofacial que ocupa el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal. (Zapata, M. 2013). (7,12,15,18-20,30,33,35)

Los hábitos como la deglución atípica, la respiración oral, succión digital, succión de carrillos, onicofagia, bruxismo, pseudoprognatismo, chupo, entre otros, pueden generar: mordidas abiertas, protrusiones dentales, protrusiones dentoalveolares, inhibición de uno o varios dientes, vestíbulo o linguoversiones."El grado de estas alteraciones dependerá de la duración, la intensidad y frecuencia del hábito, o bien, de las características biotipológicas del paciente". (1,11,12,15,19,20,33,35)

Succión Digital

Este hábito comienza en la vida fetal en la semana 29 de gestación, es normal al principio de la vida en recién nacidos y durante los primeros meses. El agente etiológico de la succión digital es la lactancia artificial ya que no requiere esfuerzo

físico. Este hábito puede ser es el resultado de frustraciones psicológicas debido a problemas escolares y familiares. Normalmente se da por falta de amamantamiento, desplazamiento afectivo o aburrimiento. Los hábitos de succión a muy temprana edad (antes de los 3 años) suelen considerarse normales, sin embargo, la persistencia de estos hábitos incrementan la probabilidad indeseable de alteraciones en el desarrollo de la arcada dental. El hábito frecuente de “chuparse el dedo” puede dar lugar a maloclusión si es que dicho hábito persiste después de que los dientes permanentes han empezado a erupcionar . La maloclusión característica derivada de la succión se debe a una combinación entre la presión directa sobre los dientes y una alteración en el patrón de presiones de las mejillas y los labios en reposo. (1,5,7,11,12,15,18-20,32,33,35-38)

Existen dos tipos de hábitos de succión digital:

- Succión de pulgar: consiste en introducción el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.
- Succión de otros dedos: Consiste de igual forma en introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado.

Las consecuencias de este hábito se deben a los siguientes factores:

- Posición baja de la lengua.
- Hiperactividad de los músculos buccinadores (tienden a comprimir el paladar)
- Presión pasiva del dedo sobre las arcadas.
- Fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.

Las repercusiones de la succión digital son:

- Aumento de espacio intraoral por succión del dedo pulgar.
- Mordida abierta y/o protrusión de uno o más incisivos debido a succión de los dedos índice y medio
- Mordida abierta unilateral y/o protrusión de uno o más incisivos por succión del dedo índice
- Mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos e intrusión de incisivos anteroinferiores a causa de succión medio y anular. (19,20)

"Si este hábito persiste después de los tres o cuatro años de edad se debe realizar

enfoques terapéuticos de tipo psicológico, fonoaudiológico u odontológico"(12.,19,20,23,30,33)

Succión de carrillos

La succión nutritiva es una respuesta innata del lactante para obtener su alimento, se da durante las primeras semanas de vida aproximadamente hasta los 6 meses. Su objetivo es la supervivencia por medio de la satisfacción nutricional, proporcionando por tanto sensación de bienestar y seguridad (1,5,7,11,12,15,18-20,32,33,35-38)

La succión no nutritiva está asociada con alteración del comportamiento, falta de amamantamiento y problemas familiares. La succión de carrillos consiste en la interposición de la mucosa interna de los carrillos entre ambas arcadas se observan ulceraciones a nivel de la mucosa labial, queratinización, mordida abierta y mordida cruzada posterior (7,11,12,18-20,23).

Respiración Oral

La respiración nasal consiste en el ingreso del aire por la nariz con un cierre simultáneo de la cavidad oral. La lengua se eleva y al apoyarse contra el paladar ejerce un estímulo positivo para su desarrollo (1,5,7,11,12,15,18-20,32,33,35-38)

La respiración oral está causada por trastornos respiratorios o por hábitos:

- Por obstrucción funcional o anatómica: A nivel de fosas nasales existe la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas, produciendo resistencia a la inhalación de aire, el paciente debe completar las necesidades respiratorias de forma oral.
- Por Hábito: El individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales a pesar de haber sido eliminadas. El hábito de respiración bucal está relacionado con una serie de anomalías faciales, esqueléticas y dentarias.

Características faciales y esqueléticas:

- Depresión malar
- Tercio inferior aumentado
- Colapso del maxilar superior

- Elevación de la base de la nariz
- Maxilar superior protruido
- Retrusión mandibular
- Déficit de neumatización de los senos maxilares
- Modificación de la posición de la cabeza
- Resequedad o incompetencia labial.
- Paladar ojival ya sea en forma de V o U
- Ojeras

Características Dentarias:

- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Vestibularización de los incisivos superiores.
- Mordida abierta anterior.
- Mordida cruzada posterior.
- Gingivitis (1,5,7,11,12,15,18-20,32,33,35-38)

En estos pacientes es común observar que la lengua se encuentra en posición atípica, ubicándose en el piso de la cavidad bucal o entre los dientes, interfiriendo en la buena pronunciación

Succión De Chupete

El estímulo de succión y el hambre se dan al mismo tiempo y son fundamentales en el proceso de desarrollo y alimentación del niño. En algunos bebés la succión y el hambre no quedan saciadas al mismo tiempo, presentándose situaciones donde la duración que se requiere para satisfacer la necesidad de succión es mayor dando lugar al uso del chupete. La succión de chupete es una práctica común. Sin embargo, convertir esta actividad en un hábito puede ocasionar alteraciones en el desarrollo de las estructuras orales. Este hábito favorece la presencia de mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior. Es importante observar y determinar cuáles son en realidad las necesidades del niño para satisfacerlas de manera adecuada, evitando reemplazar o retrasar los alimentos, calmar el llanto, el aburrimiento o el cansancio por medio del chupete. Impidiendo que este objeto se

vuelva necesario para la vida del niño (1,5,7,11,12,15,18-20,32,33,35-38)

Bruxismo

El bruxismo consiste en el frotamiento o apretamiento de los dientes de manera involuntaria^(12,13,30)

La etiología del bruxismo no es definida está vinculada a múltiples factores. Es común la creencia de que el estrés psicológico contribuye en la fisiopatología de este. Por otro lado, se ha encontrado asociación entre la presencia de problemas respiratorios como rinitis alérgica, asma e infecciones en las vías aéreas superiores con la presencia de bruxismo. Los signos y síntomas no se observan de forma inmediata ya que es una parafunción inconsciente así que el interrogatorio a padres y pacientes es el elemento más importante para el diagnóstico. Los signos y síntomas del bruxismo pueden incluir: (1,5,7,11,12,15,18-20,32,33,35-38)

- Faceta de desgaste dental
- Dolor facial
- Dientes hipersensibles
- Músculos faciales y la mandíbula tensos
- Dolores de cabeza
- Dolor de oído
- Dislocación de la mandíbula
- Daño al esmalte de los dientes , exponiendo el interior del diente (dentina)
- Crujido o chasquido en la articulación temporomandibular (ATM)
- Hendiduras lengua
- Daños en el interior de la mejilla
- Sueño agitado

En el estudio realizado en Turquía por Sari y Sonmez, en 394 niños encontraron que el Bruxismo estaba asociado en dentición mixta con un overjet mayor a 6 mm, overbite mayor a 5 mm, mordidas cruzadas posteriores múltiples y Clase I de Angle. Sin embargo, la mayoría de los estudios no han mostrado relación alguna entre Bruxismo establecido por auto-reporte o clínicamente y factores oclusal (19,20,30,33)

Bruxismo, en una revisión de Kato, Thie, Montplaisir y Lavigne en el año 2001, quedó definido como una actividad parafuncional oral cuando un individuo está despierto o dormido. El bruxismo primario, o idiopático, corresponde al apretamiento diurno y al bruxismo del sueño cuando no se reconocen problemas o causas médicas. El bruxismo secundario, también denominado por ellos "iatrogénico", corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y a administración de drogas. (12,23, 30,33)

El aumento de fuerzas producidas por el bruxismo inciden sobre el aparato estomatognático generando consecuencias indeseables. Por este motivo y debido a las reiteradas consultas realizadas por los padres de niños de edad preescolar que asisten a la consulta odontológica, creemos necesario dar continuidad a este proyecto de extensión universitaria articulado. (22)

Onicofagia

"La palabra onicofagia viene del Griego Onyx-uña, y phagein-comer" Se define como el hábito de comerse las uñas con los dientes. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado, afección localizada del tejido periodontal, heridas en dedos y labios. En pacientes con onicofagia se observa en el sector anterosuperior desgaste importante en los incisivos centrales superiores y mordida cruzada anterior unilateral. Clínicamente se observan cambios en la coloración de la piel que rodea la uña, inflamación y elevación de los bordes laterales de las mismas y callosidades en la zona. "El mal hábito de comerse las uñas", este hábito puede estar asociado a componentes emocionales, que genera en el sujeto una conducta que es autopercebida como "difícil de detener". (1,5,7,11,12,15,18-20,32,33,35-38)

Interposición Lingual

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua durante las funciones de deglución y fonoarticulación entre las piezas dentarias a nivel de incisivos o entre los sectores laterales, en zona de molares

Las principales causas asociadas a este hábito son:

- Uso de biberón y chupete.
- Desequilibrio del control nervioso.
- Macroglosia.
- Pérdida temprana de los dientes anteriores y presencia de un diastema interincisal grande.
- Hábitos como la respiración bucal, succión digital, etc

En ciertas ocasiones, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, se interpone entre los labios, haciendo más fácil su detección. La falta de presión lingual sobre el paladar y la presión de los buccinadores contribuyen a la falta de desarrollo transversal del maxilar, acompañada de una mordida abierta anterior y una vestibuloversión de los incisivos a causa de interposición lingual; Interponer la lengua a nivel de molares da lugar a mordida abierta posterior y sobremordida vertical a nivel de incisivos; desarrollando una maloclusión clase III esquelética (1,5,7,11,12,15,18-20,32,33,35-38)

La deglución atípica

Se origina por el desequilibrio entre la musculatura peribucal y la lengua por causa de amigdalitis, desequilibrio neuromuscular, macroglosia, anquiloglosia, pérdida precoz de los dientes deciduos en la región anterior, respiración bucal, hábito de succión digital o del chupón, mordida abierta anterior, desarmonía entre las bases óseas. Se caracteriza por la contracción labial en el momento de la deglución y por la presencia de mordida abierta anterior, que normalmente acompaña esta disfunción

Efectos bucales de la deglución atípica:

- Mordida abierta anterior simétrica
- Protrusión de dientes anterosuperiores y aparición de diastemas.
- Labio superior hipotónico e inferior hipertónico
- Hipertonicidad de la borla de mentón
- Hiperactividad de los músculos de la masticación

- Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar
- Incompetencia labial
- Problemas fonéticos
- Mordida abierta anterior. ^(1,21)

Hábitos Nocivos Posturales

Son aquellas posturas adoptadas por algunos niños durante las actividades diarias y al dormir, que pueden afectar la posición de la mandíbula en relación con el cráneo, originando asimetrías faciales, lateromencionismos así como trastornos de la ATM. Estos hábitos son de difícil eliminación ya que se dan en edades tempranas donde la colaboración y poca capacidad de comprensión del niño son pocas. ^(17,19,26,30)

En décadas recientes se ha sugerido que las alteraciones en el sistema estomatognático como las maloclusiones, pueden influenciar completamente la postura del cuerpo. Por este motivo, un número creciente de pacientes buscan un tratamiento concomitante para las maloclusiones dentales y las alteraciones posturales. ⁽¹⁷⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en la actualidad, cerca de 17 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 17 años de edad, sufren algún trastorno psicológico grave. Diversos estudios epidemiológicos señalan que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia, e informan de tasas de prevalencia que van desde el 2.6% al 41.2%. Por lo cual pueden llegar a desarrollar hábitos orales parafuncionales. ^(7,23)

Con la realización de actividades educativas encaminadas a eliminar hábitos perniciosos se lograrán cambios de conducta que ayudarán a reducir las maloclusiones dentarias. Solo así se puede obtener en los niños una sonrisa sana y perfecta para toda la vida. ⁽¹⁵⁾

Está demostrado mediante estudios la eficacia de las charlas instructivas sobre la corrección de hábitos de los niños pero este debe ser un compromiso colectivo tanto

del padre, del niño como de los profesores que son las personas que después de los padres más contacto tienen con ellos, la comprensión, confianza y el ambiente en el que se desenvuelve es de vital importancia para tener una relación tridireccional y que la comunicación fluya naturalmente para la completa corrección de los hábitos y los posibles problemas que estos puedan conllevar en el futuro. ⁽²¹⁾

Es muy importante reconocer a tiempo los hábitos bucales, porque con una correcta instrucción a los niños y a sus padres en la infancia temprana se pueden corregir a tiempo sin que haya una intervención del odontólogo por problemas mayores como el apiñamiento dental o pérdida de piezas dentales. ^(11,21,23)

La ortodoncia es la rama de la estomatología que se ocupa del estudio del crecimiento del cráneo, el desarrollo de la oclusión y el tratamiento de las anormalidades dentofaciales. La ortodoncia probablemente tiene sus raíces en Francia, en el siglo XVIII cuando Pierre Fauchard, el más famoso de todos los dentistas, describió un aparato ortodóncico fácilmente reconocible como tal por cualquier odontólogo moderno (Moyers,1988). ⁽¹¹⁾

Educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar mediante un nuevo modelo de atención estomatológica que respondería al concepto de la Estomatología General Integral (EGI), que coloca al hombre como un ser biosocial sobre el que influyen diferentes factores de riesgo, como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad. ^(11,23)

Lo más significativo en la Estomatología General Integral (EGI) en Cuba resulta el énfasis en las acciones de educación sanitaria, la promoción de salud y la prevención de las enfermedades estomatológicas hacia el mantenimiento del individuo sano. ⁽¹⁵⁾

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con el objetivo de describir las alteraciones de la oclusión en los niños de 5 a 12 años de la escuela primaria "Carlos Manuel de Céspedes" del municipio Chambas en la provincia Ciego de Ávila en el periodo correspondiente de abril del 2018 a abril del 2019.

El universo de trabajo estuvo constituido por la totalidad de los niños de 5 a 12 años, se seleccionó la muestra conformada por 145 niños afectados, los cuales cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión

Se incluyeron todos los niños cuyos padres dieron de forma escrita el consentimiento para su participación.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los niños que estuviesen de tránsito por alguna eventualidad, con algún síndrome o rechazo del niño a responder el cuestionario.

Operacionalización de las variables				
Variables	Tipo	Escala de clasificación	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	5-7 8-10 11-12	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Valor absoluto y porcentaje
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia	Valor absoluto y porcentaje

Grado escolar	Cualitativa ordinal	Preescolar Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto Sexto	Distinción dada por algunas instituciones educativas, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.	Valor absoluto y porcentaje
Alteración de la oclusión	Cualitativa nominal dicotómica	Presente Ausente	Manifestaciones clínicas de maloclusión al examen intraoral	Valor absoluto y porcentaje
Manifestación clínica de maloclusión	Cualitativa nominal politómica	Vestibuloversión de incisivos superiores Apiñamiento Mordida abierta anterior Mordida profunda Borde a borde Mordida cruzada Desviación de la línea media Otras maloclusiones	Tipo de manifestación clínica de maloclusión	Valor absoluto y porcentaje
Factores predispon	Cualitativa nominal	Por hábito: Succión digital	Es el tipo de actividad	Valor absoluto y

ente de las alteraciones de la oclusión	politómica	Succión de Chupete Succión Labial Onicofagia Deglución atípica Bruxismo Morder Objetos Interposición lingual Respiración Oral Trauma Extracciones prematuras Presencia de Supernumerarios Otra causa	involuntaria oral parafuncional , que no cumple alguna función para el desarrollo del ser humano y puede llegar a ser nocivo	porcentaje
Actitud Emocional	Cualitativa nominal politómica	Normal Aprehensivo Retraído Hiperactivo	Según refiera tutor, padre y profesores	Valor absoluto y porcentaje

Formas de obtención de la información.

En un primer momento se realizó una entrevista para indagar en los hábitos con preguntas acordes al grado escolar y posteriormente un examen extrabucal e intrabucal. El examen extrabucal se realizó al momento de la anamnesis observando el biotipo facial del niño. El examen clínico intraoral se llevó a cabo con paletas de madera y espejo bucal en un sillón dental con luz artificial; para evaluar las alteraciones de la oclusión y la presencia o no de hábitos bucales parafuncionales. De poseer alguno de ellos, se determinó cuáles poseía así cómo, su frecuencia e intensidad.

Los datos para la investigación fueron recogidos por la autora con previa autorización de los directivos de dicha institución educativa (Ver anexo 1), padres y tutores (Ver anexo 2), se recogieron variables relacionadas con identificación, hábitos orales deformantes y oclusión dental, llevándose toda la información a una base de datos la cual fue confeccionada según los objetivos propuestos por el investigador. Se diseñó un instrumento para la recogida de la información (Ver anexo 3) valorado por profesionales de manera que no se omitieran datos necesarios para la investigación. En cuanto a las variables relacionadas con hábitos orales: tipo de respiración (se consideró como caso de este hábito si los padres respondían en el cuestionario que su hijo se pasaba día y noche con la boca abierta o entreabierta, y además si mostraba toda o casi toda la superficie labial de los incisivos superiores (labio corto). También, si presentaba cierre labial alterado, esto es, si al juntar los labios se hacía a expensas del inferior, que se tornaba tenso y con depresiones en el mentón; si se observaba en el niño el labio inferior interpuesto entre los incisivos superiores; resequedad en los labios; aletas nasales aplanadas y aceleración de la respiración insuficiente o nula por no poderse ejecutar al realizarse el sellado labial, reflejo de espejo y facies adenoideas, dimensiones transversales estrechas, dientes lingualizado y labios separados en reposo, ojeras y cara larga), existencia de deglución atípica (se determinó mediante la actividad de músculos faciales, selle dental completo y selle labial), succión digital (Se consideró que un niño presentaba este hábito si sus padres contestaban que se chupaba el dedo y además si presentaba clínicamente alguna de las siguientes características: examen visual de

dedos de la mano con callosidades resequedad o deformidades de la piel . En las arcadas, si existía constricción del maxilar e incisivos protruidos o con presencia de diastemas. En la mandíbula, si los incisivos se encontraban lingualizados. Y en cuanto a los músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón, si estos se presentaban hipertónicos), onicofagia .Se examinó al niño colocándolo en una posición cómoda para poder separar sus labios y observar la integridad de los dientes, sobre todo anteriores, superiores e inferiores, en busca de atrición, desgaste y alteraciones en su posición. Se exploraron las uñas y cutículas de los dedos de cada mano para verificar su integridad y si presentaba inflamación o infecciones. Se consideró presente este hábito en el niño cuando, además de presentar los signos antes descritos, el padre o tutor contestó en el cuestionario que se mordía las uñas siempre o con frecuencia, interposición labial (examen visual de contorno labial y tejidos blandos, ejercicios fonéticos), succión labial o queilofagia (se consideró que un niño tenía este hábito si al ser examinado presentaba resequedad en alguno de los labios, se visualizó los tejidos blandos, si había lesiones por trauma de dientes , interposición de objetos, alteración en la posición de dientes anteriores, hipertonidad y asimetría de los músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón, y además cuando el padre o tutor contestó afirmativamente en el cuestionario que el niño se chupaba alguno de los labios .Se observó la presencia de desgaste dental y hábito de postura. Protracción lingual. Se consideró al niño con este hábito presente si mientras se sostenía una breve charla con él se encontraba algún indicio de cicatriz o marca por el constante mordisqueo en la lengua, o bien si al momento de la exploración se mordisqueaba la lengua sin que realizara algún esfuerzo. Asimismo, si el padre o tutor del niño respondió afirmativamente en el cuestionario que su hijo se mordía la lengua siempre o con frecuencia. Uso de mamilas y chupones (Se consideró presente este hábito cuando en el niño se observó que los dientes anteriores superiores e inferiores presentaban caries aguda con falta de oclusión y cuando el padre o tutor contestó afirmativamente en el cuestionario que el niño usaba chupón o mamila tres o más veces al día). Todas estas variables y sus diferentes clasificaciones se tomaron según revisión de la literatura existente en el tema en todos los casos se hicieron preguntas de

verificación.

Para garantizar la confiabilidad de la encuesta epidemiológica, se examinaron en cada sesión solamente a 30 niños y así evitar que se cometieran errores debido al cansancio. Además, el equipo de investigación contó con la asesoría de una psicopedagoga que nos apoyó conjuntamente con la familia y educadores a clasificar al escolar según actitud emocional.

Técnicas de análisis estadístico.

Toda la información fue llevada a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 18.0 en español para Windows. Se resumió en frecuencias absolutas y porcentajes y presentó en cuadros estadísticos. Se calcularon medidas de resúmenes para variables cualitativas y cuantitativas. Los textos se procesaron con Word y las tablas se confeccionaron con Excel. Se emitió las conclusiones en correspondencia con los objetivos y se elaboró el informe final según los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación fue avalada por el Comité de Ética para la Investigación de la institución y cumplió con los principios éticos básicos de: respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. A las madres de los pacientes seleccionados para integrar la muestra fueron informadas acerca de la importancia de la investigación y se les solicitó su consentimiento para su participación (Anexo 2). Los instrumentos fueron anónimos y confidenciales se les explicó a los padres, tutores y niños que solo era con fines investigativos, para un diagnóstico oportuno y tratamiento de ser necesario, respetando en todo momento la privacidad del niño.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de escolares con alteraciones en la oclusión de 5 a 12 años según edad y sexo. **Alteraciones de la oclusión en niños de 5 a 12 años de la escuela primaria "Carlos Manuel de Céspedes". Chambas. Provincia Ciego de Ávila. Abril 2018- 2019.**

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
5-7	14	20.9	16	20.5	30	20.7
8-10	33	49.2	32	41.0	65	44.8
11-12	20	29.9	30	38.5	50	34.5
Total	67	100	78	100	145	100*

*% en base al total de cada columna

Al analizar los escolares por grupo de edad y sexo, el masculino aportó más casos con 78 de 145 para un 53.8%. En cuanto al grupo de edad el más afectado en ambos sexos fue el de 8 a 10 años con un comportamiento similar 49.2% de afectados en niñas y un 41% en varones seguido del grupo de 11 a 12 años donde prevaleció el sexo masculino con 38.5% seguido del femenino 29.9%. Este comportamiento tiene su explicación debido a que en esta edad el escolar esta en dentición mixta transitando a la dentición permanente, se intensifican los hábitos, es la edad que deben ser valorados por especialistas y por lo general acuden a consulta cuando el problema afecta la estética del niño que comienza a presumir o presentan hábitos parafuncionales que interfieren en la deglución o respiración. En cuanto al grupo de edad el más afectado fue de 8 a 12 con un comportamiento similar en ambos sexos

seguido del grupo de 11 a 12 donde prevaleció el sexo masculino. En cuanto a la edad estudios revelan resultados similares con prevalencia de (7-9 años) para un (63.63%) de pacientes, seguido por (10-12 años) que representa (27.27%) pacientes y en menor cuantía de (3-6 años) con (9.09%) ⁽³⁸⁾, otro estudio el 35% de la población estudiada tenía 9 años para un 28% entre 8 y 10 años ,entre 7 y 11 años 5%, resultados similares al de la presente investigación. A su vez en otro estudio los valores porcentuales presentaron comportamiento similar en las edades de 10 y 11 años. La maloclusión definida aumenta a los 11 años hasta 44.9%. El grupo de 11 años resulta el de mayor afectado (39.7%). ⁽³⁹⁾ Otros autores detectan algún tipo de maloclusión más prevalente en edades de 5 y 6 años donde no se presentan grandes diferencias entre los niños (52,9 % y 47,1 %, respectivamente. ⁽¹⁵⁾ Por otro lado, otros estudios plantean que las categorías de edad de cuatro y cinco años presentan una mayor frecuencia de alteraciones en la oclusión conforme al sexo, la frecuencia fue más alta en varones, comportamiento similar a lo reportado por Solarte, pero distinto al reportado por Alcaraz, Báez y Valdez, ya que estos autores observan una frecuencia mayor de alteraciones en la oclusión en el sexo femenino. ⁽³⁵⁾ no coincidiendo con este dato por lo que se reportó en este estudio. Estudios realizados en edades más tempranas en dentición temporal prevalecen niños de tres años seguido de los de cuatro y cinco años con un 50 % (23 niños) y 41,3 % (19 niños) respectivamente. ⁽⁴⁰⁾

En cuanto al sexo la presente investigación tuvo más afectados a los varones resultados contrario a estudios que describen que en cuanto a la relación con el sexo, este mostró un comportamiento equitativo entre ambos, con un ligero predominio de las féminas (47,9 %) en relación con los varones (46,3 %) de mayor edad. ⁽¹⁵⁾ Otro estudio prevalece el sexo femenino con un 55% ⁽¹¹⁾ Estudios arrojan que las niñas mostraron un número mayor de casos (16,3%), con respecto a los varones (10,7%), ⁽⁴²⁾ y de 93 sujetos el 44% eran del género femenino ⁽¹⁹⁾

Otros estudios arrojan resultados similares describen que las alteraciones oclusales predominan en los niños. ⁽²⁴⁾ Estudios realizados demuestran comportamientos similares en cuanto a edad y sexo. ^(11,20)

Tabla 2. Distribución de escolares con alteraciones en la oclusión de 5 a 12 años según grado escolar y sexo.

Grado escolar	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%*	No	%	No	%
Preescolar	5	7.5	8	10.3	13	9.0
Primero	9	13.4	8	10.3	17	11.7
Segundo	8	11.9	9	11.5	17	11.7
Tercero	11	16.4	12	15.4	23	15.9
Cuarto	14	20.9	10	12.8	24	16.5
Quinto	8	11.9	11	14.1	19	13.1
Sexto	12	17.9	20	25.6	32	22.1
Total	67	100	78	100	145	100

* % en base al total de cada columna

Al analizar el grado más afectado en las niñas lo constituyó cuarto y sexto grado con 20.9% y 17.9% respectivamente y en los varones de tercero con 15.4% y 25.6% en el sexto grado, cabe señalar que a medida que avanza en la edad el escolar aumentan las afectaciones de la oclusión. En el análisis de género es importante el estudio de los roles que se asumen en la sociedad como hombres y mujeres, las prácticas de autocuidado, las diversas situaciones de vulnerabilidad y las presiones social y familiar a las cuales pueden estar sometidas las niñas en el entorno escolar.

(24)

En Perú se llevó a cabo un estudio de maloclusiones en niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad. Se incluyeron 201 sujetos, 106 (52,7%) fueron mujeres, la mayoría (54,7%) tuvo entre 6 y 12 años resultados desiguales al presente y se describe una prevalencia de maloclusiones del 85,6%; otro estudio con una muestra integrada por 537 estudiantes muestra una distribución similar entre sexos,

49.2% en el femenino y 50.8% en el masculino. En el grupo de 10 años se observa ligero incremento en los encuestados del sexo masculino resultados similares. ⁽³⁹⁾

En cuanto a grado escolar prevaleció 4to y 6to en las féminas y 3ro y 6to en los varones resultados similares muestra estudios realizados donde un 34% era de 3er y 4to de primaria y el 32%, de 5to año. ⁽¹¹⁾ En contraposición según grado de escolaridad, otros autores observan mayor frecuencia de hábitos parafuncionales en primer grado. ⁽¹⁹⁾

Tabla 3. Distribución de escolares de 5 a 12 años según manifestaciones clínicas de maloclusión.

Manifestaciones clínica de maloclusión	No	%
Vestibuloversión de incisivos superiores	47	30.9
Apiñamiento	41	27.0
Mordida abierta anterior	27	17.7
Mordida profunda	10	6.6
Borde a borde	7	4.6
Mordida cruzada	12	7.9
Desviación de la línea media	8	5.3
Total	152	100

De acuerdo a las manifestaciones clínicas de maloclusión prevaleció la vestibuloversión de incisivos superiores que aportó el 30.9% seguido de apiñamiento con 27.0% y mordida abierta anterior y en menor cuantía la oclusión borde a borde seguido de desviación de la línea media con 4.6% y 5.3% respectivamente. De acuerdo a la experiencia en las consultas de estomatología estas alteraciones oclusales son las más frecuentes debido a que tienen como factor etiológico por lo general hábitos bucales parafuncionales como la succión digital, onicofagia entre otros hábitos.

De acuerdo a las manifestaciones clínicas de maloclusión prevaleció la vestibuloversión de incisivos superiores seguido de apiñamiento y mordida abierta anterior y en menor cuantía la oclusión borde a borde seguido de desviación de la línea, estudios realizados reportan algunos resultados similares. Las alteraciones de

la oclusión que se identifican en orden de frecuencia es la labioversión con 39 niños para un 42,86 % seguido de la mordida abierta anterior con 28 (30,7 %) y la mordida cruzada posterior con 11 (12,08 %). En menor número se presenta el apiñamiento con 7 casos (7,96 %) y la linguoversión, mordida cruzada anterior y la línea media desviada con 2 casos cada una para un 2,20 frecuencia se presenta en la dentición primaria. ⁽³⁵⁾ coincidiendo en cuanto a este resultado con los obtenidos en la presente investigación. En contraposición con otros estudios que, de acuerdo con el total de estudio, el 10% presenta mordida abierta, 1,9% para mordida cruzada posterior, 5,2% presenta mordida cruzada anterior y finalmente el 5,8% mordida cerrada. ⁽³⁵⁾

Otros autores señalan que de la mitad de los niños y en el 50% de las niñas sus líneas medias no coinciden. Casi una cuarta parte de los niños y el 15% de las niñas presentan mordida profunda anterior. El resto de alteraciones no sobrepasa el 10%. En general, estas alteraciones oclusales predominan en los niños, excepto en los casos de mordida cruzada anterior, que predomina en las niñas; en el caso de mordida en tijera posterior, los porcentajes son similares. ⁽²⁴⁾

La presencia de un hábito bucal puede tener un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del niño. El periodo en el que la dentición temporal es remplazada por la definitiva, es también cuando la función de los músculos periorales se establece y es frecuente que los hábitos bucales durante este periodo sean factores de maloclusión (Aguilar, Sánchez, & Pérez, 2011). ⁽¹³⁾

Tabla 4. Distribución de escolares de 5 a 12 años según los factores predisponente de la alteración oclusal.

Causas de la alteración oclusal		No.	%
Hábitos bucales	Succión Digital	32	21.3
	Succión de Chupete	6	4.0
	Succión Labial	8	5.3
	Onicofagia	40	26.7
	Deglución atípica	6	4.0
	Bruxismo	2	1.3
	Morder Objetos	12	8.0
	Interposición Lingual	8	5.3
	Respiración Oral	9	6.0
Trauma		7	4.7
Presencia de Supernumerarios		2	1.3
Extracciones prematuras		15	10.0
Otras		3	2.0
Total		150	100

Cuando se analizaron las causas que provocaron estas alteraciones en la oclusión, prevalecieron los hábitos parafuncionales o deformantes como la onicofagia con un 26.7% seguido de succión digital con un 21.3% y las extracciones prematuras con un 10% y muy similar la mordedura de objetos representando un 8%. Es de destacar 3 casos de escolares que representaron un porcentaje muy bajo el 2% que se agruparon en otras causas porque las alteraciones de la oclusión en estos escolares pueden deberse a más de un hábito, causas de alteraciones posturales estos casos requieren de estudios más profundos con equipos multidisciplinario e interconsulta con ortopedia además de recoger detalladamente en sus historias clínicas los antecedentes de trastornos posturales. Al analizar las causas que provocaron estas alteraciones en la oclusión prevalecieron los hábitos parafuncionales o deformantes como la onicofagia seguido de succión digital y las extracciones prematuras como otra de las causas de maloclusiones y mordedura de objetos. Estudios realizados

coinciden con los resultados obtenidos donde el hábito que se presenta con mayor frecuencia en la población de estudio corresponde a la onicofagia (21,0%), succión digital, (9,1%). En menor proporción deglución atípica (3,6%), respiración bucal, (2,9%) y bruxismo (9,1%). ⁽³⁵⁾ Zapata Dávalos, describe que la mayor prevalencia la tuvo el hábito de onicofagia, como segundo hábito más frecuente la succión digital y el bruxismo muy similar a otros estudios. En porcentajes muy bajos encuentra la deglución atípica, succión de labio y respiración oral, otros autores reportan 63,6% con succión digital. ^(1,19)

Estudios similares en cuanto a la distribución de los hábitos orales, según diferentes tipos de relaciones oclusales reporta que los hábitos que se presentan con mayor frecuencia, tanto en niñas como en niños es: onicofagia, interposición de objetos y queilofagia; y los de menos frecuencia: lengua protráctil. Los hábitos más frecuentemente observados en las niñas es deglución atípica, respiración oral, postura e interposición de objetos; y en los niños: respiración oral, queilofagia e interposición de objetos. Respecto a las niñas los hábitos más frecuentemente observados es onicofagia y queilofagia; y en los niños de igual condición onicofagia y hábito de postura ⁽²⁴⁾

Estudios realizados en edades más tempranas reportan resultados similares en cuanto al hábito de succión digital, este se presenta en el 1,7% de la población, más observado en la categoría de 6 años (1,3%), y en los niños (1,0%). El porcentaje de casos de onicofagia es de 20,3%, por edad se observa un porcentaje mayor en el grupo de 6 años, de donde se infiere que la onicofagia está muy asociada con la edad. El hábito de protracción lingual se presenta en el 2,3% de los niños examinados, siendo la categoría de edad de 6 años la que lo presenta con mayor frecuencia (1,3%). Asimismo, el porcentaje de frecuencia de este hábito se comporta similar tanto en hombres como en mujeres (1,3% y 1,0%, respectivamente), sin que se observara relación alguna de este hábito con la edad. Con respecto al hábito de respiración bucal, el 15,7% de los escolares lo presenta, siendo las categorías de menor edad las que lo muestran con mayor frecuencia (3,7%-4,7. Se resalta el hecho de que en la población no se observa ningún caso de hábito de succión labial,

queilofagia o uso de chupones.⁽²⁰⁾ En el presente estudio se reportan, pero en menor cuantía. Otros estudios con resultados similares refieren que respecto a los hábitos bucales parafuncionales se observa que los casos de mordida abierta 10,0%, se presenta en mayor frecuencia en los niños que muestran el hábito de succión digital en comparación con aquellos que no lo presentan, en cuanto a mordida cerrada (5,8%) fue mayor en los niños que se observa el hábito de onicofagia en comparación de aquellos que no lo presentan.⁽⁴⁰⁾ De igual forma otro estudio reporta que el hábito bucal más frecuente es la onicofagia (46%), seguido de la succión digital (35%) y en tercer lugar el bruxismo en (14%), datos que no coinciden con Cambor A. y Cols donde reporta que la deglución atípica es el hábito más frecuente en un (12.08%) y en segundo lugar la respiración bucal en un 6.78%, (Cambor, Cogorno, Gutiérrez, & Veitia, 2010).⁽¹³⁾

Con respecto a los hábitos parafuncionales, otro estudio reporta que 93(80,2%) de la población presenta algún tipo de hábito parafuncional, el más frecuente fue morder objetos en 54(46,6%) seguido por onicofagia en 46(39,7%), el bruxismo en 33(28,4%), la succión labial en 22(19%) y succión digital en 11(9,5%). El hábito menos frecuente se relaciona con la succión de carrillos en un individuo 0,9%. Autores plantean que según el hábito más frecuente (morder objetos), éste lo realizan de 1 a 3 veces en el día en un 30,2% de la población, seguido por la onicofagia en un 24,1%.⁽¹⁹⁾ A esta edad escolar es muy frecuente la mordedura de objetos dígame lápices, lapiceros entre otros. Por su parte del género masculino, el 51,5% tenía bruxismo; el 59,2% mordía objetos y el 66,6% era respirador oral, fue evidente que la mayoría de hábitos se presentan con mayor frecuencia entre los 6 y los 9 años de edad, entre estos la succión digital es la que más reporta con un 63,6% con respecto a otros hábitos, el 72,7% realiza succión labial y el 52,1% onicofagia en edades entre los 6 y 9 años de edad. En otros grupos de edad entre los 10 y 12 años, se encuentra que el 18,1% tenía bruxismo y el 29,6% era respirador oral. En otros estudios los más frecuentes fueron morder objetos en un 20,3% y onicofagia en un 23,9%.⁽¹⁹⁾ Estudios realizados plantean que, de 175 pre-escolares portadores de hábitos orales disfuncionales, no detectan diferencias estadísticamente significativas

con las variables edad, género, curso, ni entre los pre-escolares sanos y portadores de hábitos orales disfuncionales. ⁽⁵⁾

Adicionalmente, el 27% de los niños registra por lo menos 2 hábitos orales deformantes, Onicofagia % 44% 54% Respirador bucal % 50% 60% Lengua protráctil % 44% 54% Succión digital 51 13% 10% 17% Morder lápiz 82 21% 17% 25% Morder pluma 64 16% 13% 20% Morder borrador 33 6% 6% 11%. ⁽¹¹⁾

En un estudio realizado donde participan 225 niños de edades comprendidas entre los dos y los seis años, con dentición temporal completamente erupcionada, la prevalencia de hábitos orales nocivos fue alta (90,7%), los hábitos de succión no nutritiva (chupete, dedo) han resultado ser los más frecuentes (85,3%) y además se cuando el hábito persiste. ⁽²¹⁾

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega a ser considerado normal, al grado que en la mayoría de los estudios se encuentra presente en más del 50% los casos registrados en niños pequeños (Da Silva, 2004). Lo anterior, no concuerda con la presente investigación, la cual arrojó 13%. Por otro lado, en Cuba, la frecuencia del hábito de respiración bucal se reporta en 24.7% por Barrios Felipe, Puente Benítez y Castillo Coto (2001) y en 27.4%, por Podadera Valdéz, Flores Podadera y Rezk Díaz (2013). En este estudio fue de 55%. El hábito de onicofagia se presenta en un 87.4% en Venezuela (Reyes Romagosa, Rosales Rosales, Roselló Salcedo y García Arias, 2007), comparado con el 49% de la presente investigación. En lo que respecta a la prevalencia de por lo menos un hábito, esta fue de 60% y no hubo distinción por género. En un estudio realizado en Valencia, España el 53% de la población presenta algún tipo de hábito sin diferencia entre niños y niñas (Gallardo, 2005). Asimismo, en otra investigación del estado de México, la probabilidad de desarrollar el hábito en cuestión es equivalente por género (Murrieta-Pruneda, 2011). En lo relacionado a maloclusión, en Perú la prevalencia se encuentra entre 78.5 y 81.9% (Del Castillo, 2011). En Venezuela, en 77.2% (Rojas, 2010), en este estudio, es de 99%. En Estados Unidos, el 75% de los niños y jóvenes tienen cierto grado de desarmonía oclusal (León, 2007); en escolares mexicanos, es del 55%, afectando ambos sexos por igual. ⁽¹¹⁾

Tabla 5. Distribución de escolares afectados con alteraciones en la oclusión de 5 a 12 años según actitud emocional de los afectados.

Actitud Emocional	No.	%
Normal	38	26.2
Aprehensivo	28	19.3
Retraído	17	11.7
Hiperactivo	62	42.8
Total	145	100

La actitud emocional es considerada de gran importancia en estudios de alteraciones de la oclusión ya que entre los factores etiológicos se encuentran los hábitos parafuncionales que a su vez en su gran mayoría son ocasionados por emociones en los niños ya sean por falta de afecto, hambre que provocan una aptitud algo retraída. La actitud que prevaleció en estos pacientes fue la hiperactividad con 42.8%, seguido de un estado normal con 26.2% quizás esta hiperactividad explique la prevalencia del hábito de onicofagia en estos escolares. Las personas que manifiestan el hábito por lo general son hiperactivas, autoritarias, tendientes a exteriorizar sus sentimientos de manera inadecuada, viven en estado de tensión y de preocupación, lo que brinda la posibilidad de que dicho hábito sirva para descargar la energía sobrante. Es importante destacar que en esta caracterización de la actitud emocional nos apoyó el equipo educacional con psicopedagogos expertos en actitudes.

La identificación oportuna de los hábitos bucales parafuncionales en la población infantil, prevé a futuro, evitar el desarrollo de alguna alteración en la oclusión que pueda afectar el crecimiento y desarrollo bucal de los pacientes.

Autores plantean que la mayoría de los niños que presentan el hábito lo hacen porque este no se corrige de manera conveniente en su momento, es decir, a los 2 o 3 años, su presencia se puede deber, en especial, a dos motivos: las condiciones de carácter anatómico o fisiológico por la dificultad que presenta el niño para respirar

normalmente, o por el simple hábito, siendo este último motivo para considerarse anómalo, ya que se hace solo por costumbre. Sumado a esto, la falta de programas de prevención sostenidos en el tiempo lo que ratifica la importancia de realizar un correcto diagnóstico para evaluar la posibilidad de implementar jornadas preventivas y tratamientos tempranos que vayan en pro de mejorar las condiciones y la calidad de vida de los escolares desde edades tempranas. ⁽³⁹⁾

Existe similitud con los hallazgos mencionados ya que las maloclusiones producidas por los hábitos pueden ser autocorregidas si se elimina tempranamente la dañina costumbre, y además existe una estructura ósea favorable. Al respecto la educación en salud bucal será una excelente intervención para elevar los conocimientos de todos los que conforman el entorno del adolescente. El profesional de estomatología juega un rol fundamental para corregir los hábitos bucales cuando participa en actividades de promoción de la salud oral en las instituciones públicas y privadas de nivel inicial, primaria y secundaria focalizados en la atención de los padres y sus hijos y de esta manera contribuir a la reducción de las maloclusiones; toda vez que en este estudio aún se han presentado casos distribuidos en las diversas clases. ⁽¹²⁾

Por lo tanto, es necesario que los padres lleven a sus hijos a consultas estomatológicas para realizar diagnósticos precoces y estas maloclusiones sean corregidas a temprana edad cuando los dientes y maxilares aun no hayan llegado a su completo desarrollo, de esta forma no tener problemas masticatorios, fonéticos, estéticos; tampoco una desviación mandibular por la maloclusión transversal. ⁽¹²⁾

El carácter multicausal de las maloclusiones así como su aparición desde edades tempranas condiciona la necesidad de realizar programas preventivos con el objetivo de disminuir su incidencia. ⁽⁴⁰⁾

CONCLUSIONES

- ✓ Un porcentaje considerable de niños presentó alteraciones en la oclusión, prevaleciendo de manera general el grupo de edad de 8 a 10 años y el sexo masculino. En cuanto al grado el más afectado en las niñas cuarto y sexto grado y en los varones tercero y sexto grado.
- ✓ Las manifestaciones clínicas de maloclusión que predominó fue la vestibuloversión de incisivos superiores seguido de apiñamiento y mordida abierta anterior y en menor cuantía la oclusión borde a borde seguido de desviación de la línea media.
- ✓ Las causas que provocaron las alteraciones en la oclusión fueron los hábitos parafuncionales o deformantes como la onicofagia seguido de succión digital y las extracciones prematuras. La actitud emocional fue considerada e hiperactiva en los niños afectados.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que los programas educativos hacia la salud bucal involucren estos conocimientos acerca de las implicaciones y que hagan conciencia en los niños, tutores y padres desde edades más tempranas para guiar a esos pacientes que llegan a las consultas explicándole a cada representante y al mismo niño o adolescente la importancia de abordar a tiempo dichos hábitos y causas de alteraciones en la oclusión corrigiendo desde la infancia futuras maloclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmen T, Medina A, María L, Laboren S, Carolina Viloria R, Oscar Quirós , et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. Rev Latin. Ort y Odont [Internet] 2015 [citado 24 de Ener 2019]; [aprox. 9 p.]. Disponible en:
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9357/DiazFuentesKareldJohanaDuarteBallenLizethPaolaPlataRodriguezCristian2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Aliaga Pariona J U. Prevención De Maloclusiones En Odontopediatría Desde El Nacimiento Universidad Inca Garcilaso De La Vega Lima – Perú 2017. [Internet]; 2017 [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en:

[http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1505/TRAB.SUF.PROF.ALIAGA PARIONA.](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1505/TRAB.SUF.PROF.ALIAGA%20PARIONA)
3. Arévalo Remache JP, Sigüencia Cruz V, Bravo Calderón ME. Maloclusión Clase II-1, tratamiento ortodóncico. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2014 [citado 24 de Ener 2019] [aprox. 6 pantallas]: Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art26.asp>
4. Marín Arias DM, Sigüencia Cruz V, Bravo Calderón ME. Maloclusión Clase I, tratamiento ortodoncico. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2014 [citado 24 de Ener 2019]. [aprox. 6 pantallas] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art28.asp>
5. Nicolás Aróstica A, Gabriela Carrillo L . Prevalencia de maloclusiones y hábitos orales disfuncionales en pre-escolares de establecimientos municipales de Viña Del Mar. Viña del Mar .Chile:[Internet] 2016 [citado 20 abril 2019]; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en:
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/PRISCILLAPAJUELOBAZAN.pdf>
6. Sosa Rodriguez JE. Maloclusión (Clasificación Según Angle) En Alumnos De Segundo Y Tercer Semestre De La Facultad De Odontología De La Universidad Central Del Ecuador. Quito – Ecuador.. [Tesis] [Internet]. 2012; [citado 20 abril

2019]; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en:
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/PRISCILLAPAJUELOBAZAN.pdf>

7. Pajuelo Bazán P. Efectos de los hábitos de succión digital y labial sobre el Over Bite Y Over Jet en niños de 8 A 14 años de edad en la Ciudad de Lima, 2009. [Tesis] Universidad Peruana Cayetano [Internet]; 2017 [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/PRISCILLAPAJUELOBAZAN.pdf>

8. Cruz Porras J G. Severidad de maloclusiones y necesidad de tratamiento ortodóncico según el índice estético dental Dai en escolares de 13 a 18 años de la Institución educativa N° 2023 Augusto Salazar Bondy. Distrito De San Martín de Porres . Lima– Perú [Tesis] [Internet]. 2017; [citado 20 abril 2019]; [aprox. 6 pantallas].
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol5%202013/tema03.htm>

9. Pérez Lauzurique A de la C, Martínez Brito I, Alemán Estévez G ,MsC. Saborit Carvajal T. Necesidad de tratamiento ortodóncico en estudiantes de 10 a 12 años. Matanzas. RevMéd Electrón [Internet]. 2013 Sep-Oct [citado 20 abril 2019];35(5). Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol5%202013/tema03.htm>

10. Castro Guevara NE. Hábitos orales disfuncionales y ortopedia miofuncional en infancia temprana. Memorias del “III Seminario de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar”: Acta Odontológica Colombiana [Internet] 2015 [citado 26 Jun 2019]; 5(2): [aprox. 20 p.]: 153-178 Disponible en:
<http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1435/1035>

11. Sarellano Castillo K L.. Presencia de hábitos orales deformantes de la oclusión y maloclusión dental en una población escolar de 3º, 4º y 5º año de primaria en el área metropolitana de Monterrey . Universidad autónoma de Nuevo León facultad de salud pública y nutrición subdirección de investigación, innovación y posgrado [Tesis].

[Internet]; 2015 [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7343/Jimenez_jj.pdf?sequence=1

12. Tongo Alarcón B M. Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, institución educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, chachapoyas – 2017. [Tesis] Chachapoyas, Perú Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. [Internet]. 2017 [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1239/tESIS%20%20MERLY%20ALARCON--%20ESTOMATOLOGIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Seraquive Suquilanda MK. Evaluación de los tipos de oclusión dental en relación a los hábitos bucales en los niños de la escuela “luis pasteur” de la parroquia santiago-loja período marzo-julio 2016. [Tesis]. [Internet]. 2017 [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16377/1/tesis%20magali.pdf>

14. Organización Mundial de la Salud. Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Centro de prensa. Comunicado de prensa. [Internet]. 2018 [citado 26 Jun 2019]; [Aprox. 4 p]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/>

15. Cepero Sánchez Z de J, Hidalgo-Gato Fuentes I , Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñones J A. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes [Internet]. 2007 [citado 24 de Ener 2019]. [aprox. 6 pantallas]

16. Salazar Flores NP. Prevalencia de maloclusiones en niños escolares del departamento de tumbes. Lima. Perú [Tesis] [Internet]. 2003; [citado 20 abril 2019]; [aprox. 6 pantallas] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

17. Montero Parrilla JM, Morais Chipombela L da C, Semykina O. La oclusión dentaria en interacción con la postura corporal . La Habana, Cuba. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2014 [citado 24 de Ener 2019]; 51(1): [aprox. 8 p.]. Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

18. Flórez Tapias M Á, Grillo Santander J S, Reyes Serrano C A. Manejo del Hábito de Succión Digital de niños de 2 a 15 años: Revisión Narrativa. Universidad Santo Tomás, [Internet] 2016 [citado 24 de Ener 2019]; [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9357/DiazFuentesKareldJohanaDuarteBallenLizethPaolaPlataRodriguezCristian2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Díaz Fuentes K J, Duarte Ballén L P, Plata Rodríguez C. Descripción de Hábitos Orales Parafuncionales en niños atendidos en las Clínicas Del Niño de la Universidad Santo Tomás. [Tesis]. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás [Internet]. 2016. [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9357/DiazFuentesKareldJohanDuarteBallenLizethPaolaPlataRodriguezCristian2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Murrieta Prudena JF, Martínez Hernández L, Morales Vázquez J, LinaresVieyra C, González Guevara MB. Frecuencia y distribución de hábitos parafuncionales en un grupo de escolares mexicanos 2014. México. Rev Nac. Odontol [Internet]. 2015 [citado 24 de Ener 2019]; 11 (21): [aprox. 9 p.]: 57-64. Disponible

en:https://www.researchgate.net/publication/305286503_Frecuencia_y_distribucion_de_habitos_parafuncionales_en_un_grupo_de_escolares_mexicanos_2014/fulltext/5787c46008aedc252a93696f/305286503_Frecuencia_y_distribucion_de_habitos_parafuncionales_en_un_grupo_de_escolares_mexicanos_2014.pdf?origin=publication_detail

21. Quezada Granda A P. Influencia de los hábitos de succión labial y digital en el apiñamiento dentario en niños de 5 a 9 años de edad. [Tesis]. Guayaquil [Internet] 2015 [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/17883/1/QUEZADAana.pdf>

22. Colectivo de autores. Rev de la secretaria de planificación y Extensión universitaria Facultad de odontología. Universidad nacional de la plata. [Internet]

2017 [citado 24 de Ener 2019]; [aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/69854/Revista_completa.pdf-](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/69854/Revista_completa.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

23. Ortiz Díaz T. Prevalencia de ansiedad como factor causal de hábitos bucales en niños y niñas de 6 a 12 años. [Tesis]. Oaxaca de Juárez, Oax. [Internet]; 2013 [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en: http://foposgrado.org/wp-content/uploads/2016/01/TANIA_ORTIZ_D%C3%8DAZ.pdf

24. Galeano-Berna G, Mocha-Rigchag SP, Osorio-López SM, López-Herrera DE, Tobón-Arango FE, Agudelo-Suárez AA. Oclusión y hábitos bucales en niños de 5 a 12 años de una institución educativa de Medellín, 2012. Rev Nac. Odontol [Internet] 2013 [citado 24 de Ener 2019]; 9(17): [aprox. 9 p.]. 17-25. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/305286755_Oclusion_y_habitos_bucales_e](https://www.researchgate.net/publication/305286755_Oclusion_y_habitos_bucales_en_ninos_de_5_a_12_anos_de_una_institucion_educativa_de_Medellin_2012)
[n_ninos_de_5_a_12_anos_de_una_institucion_educativa_de_Medellin_2012](#)

25. Jiménez Jiménez J. Asociación entre maloclusiones dentales con problemas de actitud postural - columna vertebral en niños y adolescentes de 8 a 13 años. [Tesis]. Lima – Perú: Universidad Nacional mayor de San Marcos [Internet]. 2017. [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7343/Jimenez_jj.pdf?seq](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7343/Jimenez_jj.pdf?sequence=1)
[uence=1](#)

26. Heredia Rizo AM, Albornoz Cabello M, Piña Pozo F, Luque Carrasco A. La postura del segmento craneocervical y su relación con la oclusión dental y la aplicación de ortodoncia: estudio de revisión. OsteopatCient [Internet]. 2010 [citado 24 de Ener 2019]; 5(3) [aprox. 9 p.]:89-96. Disponible en: [http://www.elsevier.es/es-](http://www.elsevier.es/es-revista-osteopatia-cientifica-281-articulo-la-postura-del-segmento-craneocervical-90001327)
[revista-osteopatia-cientifica-281-articulo-la-postura-del-segmento-craneocervical-](#)
[90001327](#).

27. Loayza Pizarro V M. Efectos relacionados al uso de biberón en niños de 5 a 10 años en clínica ucsg semestre a-2018. [Tesis] Guayaquil, Ecuador [Internet]; 2018 [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11087/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-391.pdf>

28. Feregrino-Vejar L. Diferencia en la relación entre el plano S-N y el plano de Frankfort en las distintas maloclusiones. Directory of Open Access Journals [Internet] 2016 [citado 20 abril 2019]; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://worldwidescience.org/topicpages/e/entre+las+maloclusiones.html>

29. Hidalgo Torres Yde los A. Epidemiología de las maloclusiones en niños de un área de salud de Puerto Padre :[Internet] 2015 [citado 20 abril 2019]; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://worldwidescience.org/topicpages/e/entre+las+maloclusiones.html>

30. Padilla Corona J. Diagnóstico de salud bucodental en niños de 6 a 12 años de edad del nivel primario en la ciudad de Tampico ,Madero y Altamira.Tamaulipas,México. [Tesis Doctoral] Sevilla [Internet]; 2014[citado 24 de Ener 2019]; Disponible en: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/57499/S_TD_PROV132.pdf?sequence=4Tesis

31. Clasificación y etiología de las anomalías dento-maxilo-faciales [Internet]. Ciudad de la Habana: Universidad Virtual de Salud; Cátedra de la Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo"; 2014. [citado 24 de Ener 2019] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/tema-iii-clasificacion-y-etilogia-de-las-anomalias-dento-maxilo-faciales>

32. Parra Y. El paciente respirador bucal una propuesta para el estado nueva esparta 1996-2001. [Internet]. 2003 [citado 24 de Ener 2019]. [aprox. 6 pantallas]

33. Urrieta E., López I. Quirós O. Farias M. Rondón S. Lerner H. 2008 , " Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007. Venezuela. Rev Lat de Ort y odont [Internet]. 2008 [citado 24 de Ener 2019]. [aprox. 6 pantallas] Disponible en:www.ortodoncia.ws

34. Cossio Escobar M, Lema Álvarez MC. Como pide nuestro cuerpo la ortodoncia. C E S Odontol [Internet]. 2014 [citado 24 de Ener 2019]; 27(1):91-103. [aprox. 6 pantallas] Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-971X2014000100008&lng=es&nrm=iso
35. Salamanca Torres R., Murrieta Pruneda JF. Frecuencia de alteraciones en la oclusión en dentición primaria y su asociación con algunos hábitos bucales parafuncionales en un Jardín de niños del Estado de México. Rev. Cient. Odontol [Internet] 2015 [citado 24 de Ener 2019]; 11 (2): [aprox. 9 p.]. 8-15; Disponible en: <https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/313>
36. Malos Hábitos Bucales. [Internet]; 2015 [citado 24 de Ener 2019]; Disponible en: <https://es.slideshare.net/salomonbarra/malos-hbitos-bucal-presentation>
37. Díaz Morell JE, Fariñas Cordón MM, Pellitero Reyes BL, Álvarez Infante E. La respiración bucal y su efecto sobre la morfología dentomaxilofacial. Correo Científico Médico de Holguín [Internet].2005 [citado 20 abril 2019]; 9(1): [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no91/n91ori6.htm>
38. Morell Rocha A, Véliz Concepción OL, Suárez Domínguez M, Ruiz Díaz Y, Jover Broche R, Fariñas Morales C. Algoritmo para establecer una conducta integral ante el síndrome del respirador bucal. Medicentro Electrónica [Internet] 2013 [citado 20 abril 2019]; 17(2): [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000200004.
39. Esis Villarroel IM. Rondón R, Carmona A, Quirós O, Acevedo AM .Prevalencia de hábitos bucales Parafuncionales como factor Etiológico de Maloclusiones en niños, niñas y adolescentes en tres comunidades indígenas Panare en Maniapure, Edo. Bolívar. Rev Latin. Ort y Odont [Internet] 2015 [citado 24 de Ener 2019]: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-24/>
40. Companioni AE, Torralbas Velázquez A, Sánchez C. Relación entre la proporción áurea y el índice facial en estudiantes de la Facultad de Estomatología de La Habana. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010; 47(1): 50-61. [citado 20 abril

2019]; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100005&lng=es

ANEXOS

Anexo1

AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN EL CENTRO EDUCACIONAL

Fecha

A Director del centro educacional

Luego de un cordial saludo, le pido autorización para llevar a cabo una investigación con el objetivo de describir las alteraciones de la oclusión en los escolares; previamente se les pedirá consentimiento a tutores, padres y profesores además de informarles sobre el tema de investigación que los datos solo serán empleados con fines investigativos

Por la favorable atención a la presente, le anticipamos el más sincero agradecimiento

Atentamente Dra.

Firma

Directora de la Clínica Dental

Anexo 2

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN:

Por este medio le informo que solicitamos su autorización o consentimiento para que usted como representante del menor participe en un estudio que se realiza en la clínica de Estomatología General Integral con el fin de describir las alteraciones de la oclusión para mejorar la calidad de atención y efectividad en el tratamiento. Si está de acuerdo en contribuir al enriquecimiento teórico práctico de la comunidad científica internacional firme:

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación realizada por lo que doy mi consentimiento y estoy informada del proceder y la importancia del mismo.
Dado en Ciego de Ávila a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma de la paciente

Firma del Investigador

Anexo 3

INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

DATOS BÁSICOS

1. Edad

2. Sexo

Masculino

Femenino

3. Grado Escolar:

a. Preescolar

b. Primero

c. Segundo

d. Tercero

e. Cuarto

f. Quinto

g. Sexto

4. Alteración de la oclusión:

Presente

Ausente

5. Manifestaciones clínica de maloclusión:

a. Vestibuloversión de incisivos superiores

b. Apiñamiento

c. Mordida abierta anterior

d. Mordida profunda

e. Borde a borde

f. Mordida cruzada

g. Desviación de la línea media

h. Otras maloclusiones: _____

Cual es _____

6. Causas de alteración de la oclusión. Hábitos

- a. Succión Digital
- b. Succión de Chupete o Mamadera
- c. Succión Labial
- d. Onicofagia
- e. Deglución atípica
- f. Bruxismo
- g. Morder Objetos
- h. Interposición Lingual
- i. Respiración Oral
- j. Otro: _____

b. cual es _____

7. Otras causas

- a. Trauma
- b. Extracciones prematuras
- c. Presencia de Supernumerarios
- d. otra:

Cual es _____

8. Actitud Emocional

- a. Normal
- b. Aprehensivo
- c. Retraído
- d. Hiperactivo