

República Bolivariana de Venezuela
Misión Médica Cubana
Coordinación Nacional de Docencia

Hábitos bucales deformantes en niños, escuela Nueva
Andalucía. Estado Sucre. Venezuela.

Autora: Dra. Yuleisy Díaz Echevarría

Residente de Estomatología General Integral

2016

República Bolivariana de Venezuela
Misión Médica Cubana
Coordinación Nacional de Docencia

Título: Hábitos bucales deformantes en niños, escuela Nueva Andalucía.
Estado Sucre. Venezuela.

Tesis en opción al título de especialista de primer grado en
Estomatología General integral

Autora: Dra. Yuleisy Díaz Echevarría

Residente de Estomatología General Integral

Institución de procedencia: Policlínico Docente Doña Emilia Echemendia
de Majagua

Tutora: Dra. Lianet Jiménez Hernández

Especialista de primer grado en Estomatología General Integral

Institución de procedencia: Misión Médica Cubana

Asesores: Ms Dra. Marisol L. Pérez Ferrás

Especialista de segundo grado en Ortodoncia. Profesora asistente.

Institución de procedencia: Misión Médica Cubana

Ms Dr. Rafael Castañeda Molerio

Especialista de primer grado en Estomatología General Integral y de
Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Master en Educación
Médica y Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar Investigador
Agregado

2016

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A mis padres por su constante apoyo, esfuerzo infinito que me han ayudado en mi formación como profesional.

En especial a mi mamá por todo el amor y paciencia que me ha dado.

A todas las personas que de una forma u otra han contribuido a mi formación como profesional y en mi superación.

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

A través de esta página deseo reconocer a todas las personas que me han brindado su colaboración para la realización de este trabajo y por temor a un injusto olvido que sería imperdonable, quiero agradecer a todos los que al leer este trabajo se sientan incluidos en su realización.

Mi agradecimiento especial a mi tutor Ms Dr. Rafael Castañeda Molerio por todo el apoyo brindado en mi formación como especialista.

A todos, gracias por sus conocimientos, experiencias, incondicional amistad y ayuda en mi superación profesional.

A todos muchas gracias

PENSAMIENTO

PENSAMIENTO

La cara es el espejo del alma. Más allá de la estética, la armonía del rostro es un factor importante en la salud y calidad de vida de las personas.

Víctor M.

RESUMEN

RESUMEN

La maloclusión a nivel mundial ocupa el tercer lugar dentro de las afecciones estomatológicas. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en niños de 6–11 años de edad, unidad educativa Nueva Andalucía, Parroquia Santa Inés, Miramar, Estado Sucre, Venezuela, en el período comprendido entre diciembre de 2012 y febrero de 2013, para calcular la prevalencia de hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en los mismos. Se trabajó con el universo de 510 estudiantes de las edades entre los 6 y 11 años. Se aplicó un formulario y se constató que la prevalencia de hábitos bucales deformantes fue de más de un tercio de la población, con los valores más elevados en la edad de 6-7 años que alcanzó casi un cuarto de la población. El sexo femenino presentó una prevalencia de casi un cuarto de la población. Los hábitos bucales deformantes de mayor prevalencia fueron la succión digital, que alcanzó casi la mitad de los estudiantes, seguido del empuje lingual, se encontraron niños con más de un hábito deformante. Las maloclusiones presentaron una prevalencia de casi un cuarto de la población, con un predominio del grupo de edades entre 8 y 9 años, prevaleció el sexo femenino. Las maloclusiones más prevalentes fueron la vestibuloversión de incisivos superiores y la mordida abierta anterior y con éstas se relacionaron mayormente la succión digital y el empuje lingual por lo que se realizar intervenciones educativas destinadas a disminuir la prevalencia de hábitos deformantes y maloclusiones.

INDICE

INDICE

INTRODUCCIÒN-----	1
MARCO TEÒRICO-----	6
MATERIALES Y MÈTODO-----	19
RESULTADOS Y DISCUSIÒN-----	25
CONCLUSIONES-----	39
RECOMENDACIONES-----	40
REFERENCIA BIBLIOGRÀFICA-----	41
ANEXOS-----	

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

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 ^{1,2}.

El estado y gobierno cubano a través de la Constitución de la República, en su Capítulo VII, Artículo 50, y su Ley 41, garantiza la salud a toda la población, teniendo como premisa que la “salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del estado, siendo el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el responsable de ejecutarla en su red de servicios organizados en un Sistema de Salud, que tiene como características el ser único, integral y regionalizado ³.

La Atención Estomatológica es una de las estrategias priorizadas del MINSAP, con una alta implicación en el estado de salud de la población, teniendo como fundamento el modelo de Estomatología General Integral, que enfatiza aquellas acciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. ³

La política de salud llevada a cabo en Cuba, tiene un enfoque esencialmente preventivo donde se ve al hombre como producto de su interacción con el medio y donde la educación médica no solo se ocupa del enfermo, sino que estudia la influencia que ejerce el medio en que se desenvuelve con la finalidad de modificarlo.

El objetivo de la Organización Mundial de Salud (OMS) “La salud para todos en el año 2000” se extiende a la salud bucodental ³. En muchos países para lograr este objetivo han realizado trabajos para disminuir la prevalencia de maloclusión, Barber plantea que parece razonable esperar que no todas las maloclusiones pueden prevenirse ni interceptarse, pero con la prevención si se puede reducir la cantidad y calidad de las maloclusiones de la población infantil ⁴.

Lo más significativo en la Estomatología General Integral (EGI) 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 ⁵.

En esta especialidad es visible la prevención en la atención primaria que se realiza a niños de instituciones infantiles, no institucionalizados, escuelas primarias y secundarias, no sólo para prevenir caries, educación de higiene bucal, si no para eliminar causas locales que afectan el desarrollo normal del complejo dentomaxilofacial y detectar tempranamente las anomalías.

Los trastornos de la oclusión se comienzan a manifestar en las primeras etapas de la vida, de ahí que su tratamiento en estos períodos, sean eficientes y con resultados más estables que en etapas posteriores. La maloclusión a nivel mundial ocupa el tercer lugar dentro de las afecciones del aparato estomatognático, precedido por las caries y las periodontopatías, y es considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los denominados problemas de salud ^{3, 6,7}.

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35% a 75%, con diferencias en el sexo y la edad. En Venezuela se han realizado pocos estudios epidemiológicos. Saturno encontró que el 77% de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión. De esta población, el 57,5% podía ser clasificada como maloclusión Clase I; el 12,3% eran Clase II División 1; el 3,6% constituían Clase II División 2 y el resto, 3,8% se diagnosticaron como Clase III ⁸.

El sistema estomatognático está compuesto por los tejidos blandos del aparato bucal, los maxilares, dientes, músculos y la articulación temporomandibular. Cualquier alteración del crecimiento, desarrollo y fisiologismo de estos componentes anatómicos crean desarmonías oclusales, ellos son una consecuencia de las irregularidades de dichos elementos ^{3, 4}.

Las causas más frecuentes de las anomalías dentomaxilofaciales es la desproporción entre el volumen de los maxilares, huesos basales y el volumen y número de dientes. La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular las

maloclusiones, no son de riesgo para la vida, pero su prevalencia e incidencia, son consideradas problemas de salud, ocupan el tercer lugar como enfermedad bucal ^{5, 9}.

Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla, el equilibrio físico o psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de comportarse socialmente y los hacen manifestarse tímidos, retraídos, apartados y hasta agresivos ^{10, 11}.

Los hábitos bucales deformantes se consideran como uno de los factores etiológicos de las maloclusiones desde el siglo XIX. Estos son el exponente del resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional; tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. De igual manera, pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga ^{7,12-17}.

La responsabilidad de la detección precoz y prevención de las anomalías denfaciales corresponden al estomatólogo y a su equipo de trabajo de atención primaria. La prevención de la maloclusión debe alcanzar su máxima expresión, en la atención asistencial comunitaria ^{18, 19}.

Es elevada la demanda de tratamientos de Ortodoncia, por lo cual resulta impostergable incrementar las acciones de promoción y prevención de las maloclusiones desde la atención primaria de salud (APS). En esta Estomatología, cada vez más preventiva y educativa, es frecuente el empleo de técnicas y medios de enseñanza dirigidos a la población infantil, la que debe ser privilegiada con respecto a otros grupos de edades, dada esta situación, surge ante nosotros un abanico de posibilidades para desarrollar el trabajo educativo con el objetivo de mejorar sus condiciones de salud, individuales y comunitarias ¹⁸.

Al atender en la consulta odontológica de Miramar a niños de la unidad educativa Nueva Andalucía los odontólogos que en esta laboran, han observado con frecuencia a niños con anomalías de la oclusión y como parte de la confección de historia clínica se han identificado la presencia de hábitos bucales deformantes, por la importancia de estos últimos en la génesis de las maloclusiones la autora considera importante determinar la magnitud del problema y así planificar e implementar estrategias para minimizarlo.

Problema Científico:

¿Cómo determinar la presencia de hábitos bucales deformantes y maloclusiones en los niños de 6 a 11 años de la unidad educativa Nueva Andalucía, localizada en la Parroquia Santa Inés de Miramar, estado Sucre de la República Bolivariana de Venezuela?

Hipótesis

Si logramos identificar los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones más frecuentes, en los niños de 6-11 años de edad en la unidad educativa Nueva Andalucía, localizada en la Parroquia Santa Inés, Miramar, Estado Sucre, Venezuela se podrían prevenir las maloclusiones dentarias que guarden relación con los mismos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

General

Calcular la prevalencia de hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 6 – 11 años de edad de la unidad educativa Nueva Andalucía. Parroquia Santa Inés. Miramar. Estado Sucre. Venezuela en el período comprendido entre diciembre de 2012 y febrero de 2013.

Específicos

- 1-** Caracterizar los escolares en estudio según las variables demográficas edad y sexo.
- 2-** Identificar los niños con presencia de hábitos bucales deformantes: succión digital, empuje lingual, queilofagia, onicofagia y uso de biberón prolongado, según grupos de edades y sexos.
- 3-** Identificar las maloclusiones dentarias más frecuentes, según grupos de edades y sexos.

MARCO TEORICO

MARCO TEÓRICO

Los factores de riesgo o criterios de riesgo es toda característica y circunstancia determinada, ligada a una persona, a un grupo de personas o a una población, de la cual se sabe que está asociada con un riesgo de enfermedad, de la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a tal proceso. Son aquellas características y atributos que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas, solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas en la prevención individual así como en grupos poblacionales¹.

Tener el factor de riesgo no implica que se está enfermo, pero sí tener más susceptibilidad y aumentar la probabilidad de enfermarse. Las alteraciones de la oclusión dentaria están relacionadas estrechamente con algunos factores de riesgo, esto se puede apreciar tempranamente desde la dentición temporal, su importancia radica en identificar cuáles de ellos actúan con mayor posibilidad de alterarlas condiciones morfo funcionales adecuadas, presentes en la dentición en desarrollo⁶.

Hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente. Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, la fonación, deglución y respiración normal, y perjudiciales o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital), uso de chupetes y biberones después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales. Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.

Duque de Estrada Riverón y Col ¹⁰. Los clasifica en hábitos generales y orales, por ejemplo:

Hábitos generales:

- Fisiológicos: Ante la presencia de estímulos como el hambre, la sed, la micción, etc.
- Sociales: "Son modos de conducta que suponen cooperación o interrelación con otros individuos de la misma especie, lo que conlleva a la creación de ciertas normas en la interacción social, comportamiento convencionalmente establecido por la comunidad, para convertirse en patrones de la cultura".
- Físicos: son aquellos que llegan a producir posiciones determinadas a algunos estímulos inespecíficos condicionando la conducta del individuo, por ejemplo la posición para dormir, leer, ver televisión, etc. Estos hábitos generalmente se acompañan de deformaciones somáticas como la sifosis.
- Mentales: Formas de actuar que se adquieren para ejercicio de la mente, acumular conocimientos o para reaccionar sin discernimiento especial ante las ideas o ante las personas.
- Sexuales: conducta especial en razón de la satisfacción sexual.

Hábitos orales: "Son vías de desfogue emocional y de equilibrio de estados de ansiedad", ejemplo de ello son los hábitos:

- Por succión (digital).
- Labiales (succión labial y queilofagia).
- Linguales (succión, mordedura y proyección).
- Por mal posición: sostener el maxilar con la mano, puede producir anomalías en el maxilar (deformación y falta de desarrollo) y mal posición de los dientes.
- Bruxismo y bruxomanía.

- Masticatorios: Por lo general su presencia se debe a caries dolorosas o a obturaciones defectuosas.

Entre los tipos de hábitos bucales se encuentran: la succión del pulgar y de otros dedos, succión del labio, succión del frenillo, succión del chupón, succión de la lengua, respiración bucal, mordedura del labio y del carrillo, protrusión lingual al tragar y al hablar, objetos extraños, apretamiento dentario.

Etiológicamente se han clasificado en:

- Instintivos: Por ejemplo el hábito de la succión, el cual se considera funcional en las primeras etapas de la vida, pero si perdura en el tiempo ocasiona daño en la cavidad bucal.
- Placenteros (succión digital).
- Defensivos: En este caso se desarrolla la respiración bucal en las personas con rinitis alérgicas, asmáticos, etc.
- Hereditarios: Como malformaciones congénitas que acarrear un hábito concomitante, ejemplo de ello son las inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, etc.
- Adquiridos: En las personas con paladar fisurado que han sido intervenidos quirúrgicamente mantienen la fonación nasal, principalmente para los fonemas K, G, J, y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch.
- Imitativos: En la forma de colocar los labios y la lengua, al hablar, gestos, muecas, etc.

Los hábitos bucales más frecuentes relacionados con la etiología de los problemas ortodónticos y ortopédicos citados por Sano, son:

- Interposición lingual o labial.

- Succión de labios, carrillos, dedos, chupones.
- Respiración bucal.

La succión es una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido, estimulada por olores, sabores y cambios de temperatura así como una respuesta a estímulos en la zona bucal o peri bucal.

La succión puede extenderse en el tiempo a consecuencia de fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; la falta de amamantamiento conlleva el uso del biberón, donde el lactante no cierra los labios con tanta precisión y la acción de la lengua se ve afectada para regular el flujo excesivo de leche, esto trae como consecuencia una menor excitación a nivel de la musculatura y no favorecerá el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático, dando como consecuencia la adquisición de hábitos de succión no nutritiva como son: la succión del pulgar y otros dedos, la succión del chupón, succión labial y otros objetos ^{8,10}.

Tipos de hábitos de succión:

- Succión del pulgar.
- Succión de otros dedos (índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).
- Succión del labio, entre otros.

Succión del pulgar: Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retro inclinación de los incisivos antero inferiores.

Succión de varios dedos Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

El hábito de succión digital es uno de los más tempranos y comunes, de los hábitos en la infancia ya que pueden afectar gran cantidad de los niños en edades, desde el nacimiento hasta la adolescencia. La succión de los dedos se presenta en una gran variedad de formas en cuanto a intensidad y frecuencia, pero además en cuanto al número de dedos involucrados, aunque el más frecuente es el pulgar. Este provoca una mordida abierta anterior con protrusión dentoalveolares superior y retrusión del sector antero inferior. La mayoría corresponde a la succión del pulgar, la minoría a la succión de otros dedos. Los cambios dentoalveolares relacionados con la succión digital incluyen mordida abierta anterior, y un aumento en la prevalencia de la vestibuloversión de los incisivos superiores, la gravedad de este hábito es la resultante de la frecuencia, intensidad, duración, y posición en que se coloca el dedo en la boca.

La succión labial: Es mayormente encontrada en niños, ocasiona retro inclinación de los incisivos antero inferiores y protrusión de los superiores ¹¹.

Existen 2 tipos de succionadores de dedo:

- Succionador pasivo: Tiende a llevarse el dedo a la boca y sólo tenerlo allí.
- Succionador activo: Donde se ejerce una presión vigorosa contra la dentición y como consecuencia se tienen las alteraciones dentales y de la mandíbula.

Factores que modifican, intensifican o minimizan la acción del hábito de succión:

- a. Duración:

a.1 Infantil (hasta 2 años): esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en ella no se observan efectos dañinos.

a.2 Pre-escolar (2 a 5 años): si la succión es ocasional, no se manifiestan efectos nocivos en la dentición, pero si es continua e intensa puede producir mal posiciones en la dentición primaria, si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformidad es reversible en un gran porcentaje.

a.3 Escolar (6 a 12 años): La succión en estas edades puede producir mal posiciones dentarias y malformaciones dento-esqueletales, por ello requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito.

b. Frecuencia:

b.1 Intermitentes (diurnos).

b.2 Continuos (nocturnos).

c. Intensidad:

c.1 Poco intensa: Cuando la succión del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los músculos buccinadores. No se introduce el dedo completo, solo la punta del dedo de una forma distraída.

c.2 Intensa: Cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable ^{1,9}.

La succión podría explicarse en 3 etapas:

a. Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico):

- Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.
- Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.

- Esta succión se resuelve de manera natural.

b. Etapa II (Succión del pulgar clínicamente significativa):

- De los 3 años a los 6 o 7 años de edad.
- Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
- Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.
- Definir programas de corrección.

c. Etapa III (Succión del pulgar no tratada):

- Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión.
- Requiere tratamientos ortodónticos y psicológico.

Interposición lingual o empuje lingual: Aparece como sustituto de la succión digital. La posición lingual en dicho hábito puede favorecer el desarrollo de una distoclusión (con resalte superior, tendencia a mordida abierta anterior, protrusión excesiva) al igual que la succión digital. Si la lengua es proyectada hacia abajo puede llegar a producir una maloclusión clase III. Ha sido considerada por algunos como una etapa transitoria de cambio funcional entre la deglución infantil y la deglución madura, mientras que otros la señalan como causa de maloclusiones. La conceptualización de este hábito como patología, está basada en la presunción que la función gobierna a la forma, por lo que las presiones adversas ejercidas por la musculatura lingual pueden mantenerse o determinar una mordida abierta y protrusión incisiva.

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. La deglución atípica puede manifestarse con interposición labial y lingual:

a. Deglución atípica con interposición labial: Los labios están entreabiertos en reposo, la musculatura labial inferior hipertónica (interponiéndose entre los incisivos superiores e inferiores), musculatura labial superior hipertónica, incisivos inferiores con inclinación lingual e incisivos superiores vestibularizados, resalte y sobre mordida acentuados, mal oclusión clase II.

b. Deglución atípica con interposición lingual: Esta puede ser simple y compleja.

b.1 Simple: Hay contracción de los labios, músculos mentonianos y elevadores de la mandíbula; dientes en oclusión, mientras la lengua se encuentra protruida en la mordida abierta; la cual es muy circunscrita; generalmente en niños respiradores nasales con hábito de succión digital; presentan buen ajuste oclusal y buena intercuspidadación aunque esté presente la maloclusión.

b.2 Compleja: Hay contracciones de los labios, músculos faciales y mentonianos; ninguna contracción de los músculos elevadores de la mandíbula; interposición de la lengua entre los dientes y deglución con los dientes separados; mordida abierta generalmente más difusa y difícil de definir; en muchas ocasiones, no presenta mordida abierta; inestabilidad en la intercuspidadación; generalmente respiradores bucales y casi siempre con antecedentes de enfermedad respiratoria crónica o alergias.

La onicofagia, del griego onyx (uña) y phagein (comer), se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes. Como hábito es muy frecuente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad, y no guarda relación con el nivel mental de la persona.

Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática, se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora, acompañada con cierto grado de tensión y ansiedad, considerándose a estos niños difíciles o nerviosos. Las personas que manifiestan el hábito son hiperactivas, autoritarias, que exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante. Casi siempre muerden en el mismo sitio por lo tanto producen mal oclusiones localizada, altera la estética de los dientes por abrasión, erosión o astilla miento, mal posición dentaria; puede combinarse con otros hábitos en la misma persona.

La respiración bucal ha sido definida como la respiración que las personas efectúan a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz. La respiración bucal exclusiva es sumamente rara ya que generalmente se utilizan ambas vías, es decir, la bucal y la nasal pues nunca se obstruye por completo las fosas nasales, de modo que aunque la boca se encuentre abierta también pasa cierta cantidad de aire por la nariz, por lo que autores como Stefanelli (1.987), Gómez (1.997) la denominan IRN (Insuficiente respirador nasal).

Las etiologías de las maloclusiones se clasifican en:

a. Factores predisponentes:

- Factores hereditarios (tamaño y forma de los dientes, relación basal de los maxilares, función labial y lingual).
- Influencias prenatales (causas maternas y embrionarias).

b. Factores locales (causas postnatales):

- Grupo intrínseco (pérdida prematura de dientes temporales y permanentes, retención prolongada de dientes temporales, dientes ausentes congénitamente y supernumerarios, actividad funcional disminuida y desviada de los dientes, frenillo labial anormal, restauraciones incorrectas, desarmonía de tamaño y forma de los dientes y traumatismos dentarios).
- Factores circundantes o ambientales (desviaciones de procesos funcionales normales como los hábitos, anormalidades de tejidos musculares periorales, presión por defectos de posición, amígdalas hipertrofiadas, imitación, actitudes mentales).
- Factores sistémicos (metabolismo defectuoso, enfermedades y trastornos constitucionales, funcionamiento anormal de las glándulas de secreción interna).

Las alteraciones que pueden estar asociadas con los diferentes hábitos bucales que puede desarrollar un paciente en el sector anterior, citadas por Sano, S. son:

- Protrusión dentoalveolar.
- Protrusión dental.
- Mordidas abiertas anteriores y/o laterales.
- Mordidas cruzadas posteriores uni o bilaterales.
- Inclinationes incorrectas de dientes (infraoclusión, vestíbulo o linguoversión), entre otras.

Estas condiciones dependen de la intensidad (fuerza aplicada a los dientes durante la succión), la duración (cantidad de tiempo que se dedica a succionar, ella se corresponde con la función más crítica en los movimientos dentales ya que una

duración de 4 a 6 horas al día origina movimientos dentales importantes), la frecuencia (número de veces que se realiza el hábito durante el día).

Otras condiciones que pudieran encontrarse en el sector anterior podrían estar relacionadas con la época en que se encuentre el paciente durante su proceso de crecimiento y desarrollo así como las condiciones genéticas que pueda traer cada persona, por ejemplo podemos encontrar pacientes con:

Mordida profunda: Por una menor altura del tercio facial inferior y falta de erupción de los dientes posteriores, o una sobrerupción de los dientes anteriores, causando alteraciones periodontales, desgastes dentarios excesivos y alteraciones de la articulación temporomandibular.

Apiñamiento dentario: Mal alineación a causa de poco desarrollo óseo o porque los dientes son muy grandes o una combinación de ambos, manifestándose en leve (menos de 3 mm); moderado (de 3 a 5 mm) y grave (mayor de 5 mm).

En la respiración bucal, la lengua adopta una posición descendida para permitir el paso del flujo de aire, lo cual provoca que se produzca un micrognatismo transversal del maxilar superior y un crecimiento rotacional posterior de la mandíbula con apertura del eje facial y aumento de la altura. En este caso se observan las siguientes características: el niño muestra toda, o casi toda la superficie de los dientes constantemente, el labio inferior grueso y evertido; apiñamiento en el sector antero inferior, egresión de los incisivos inferiores, una relación de molares de distoclusión, bóveda palatina profunda, micrognatismo transversal, sobrepase aumentado, vestibuloversión de los incisivos superiores, el cierre bilabial incompetente; al juntar los labios se hace a expensas del labio inferior que se torna tenso y aparecen depresiones en el mentón, encías resacas y agrietadas, las aletas nasales aplanadas, al sellar sus labios, la respiración se acelera o se hace insuficiente.

Los estudios epidemiológicos de salud buco dental para conocer prevalencia y severidad de maloclusiones, constituyen un instrumento básico en la planificación de los programas de promoción, prevención y curación, tan importantes para el control de los problemas que pueden ocasionar alteraciones estéticas y de las funciones del aparato estomatognático desde edades tempranas de la vida ¹⁰. La clasificación más utilizada para las maloclusiones, es la que presentó Edward H. Angle en 1899, desarrollada antes de la invención de la cefalometría y del conocimiento detallado del crecimiento del esqueleto craneofacial. En ortodoncia, se han propuesto un gran número de clasificaciones, pero ninguna ha reemplazado al sistema de Angle, ya que éste método es considerado y conocido universalmente.

Él estudió las relaciones mesiodistales de las piezas dentarias basándose en la posición de los primeros molares permanentes y describió las diferentes maloclusiones denominadas Clases.

Maloclusión de Clase 1 o neutroclusión: se establece cuando la cúspide mesiovestibular del Primer molar permanente superior ocluye en la estría mesiovestibular del primer molar permanente inferior en (Posición de máxima intercuspidación).

La maloclusión de Clase II o distoclusión: en la posición de máxima intercuspidación es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye por delante de la estría mesiovestibular del primer molar permanente inferior.

La maloclusión de Clase III o mesioclusión: se establece, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye por detrás de la estría mesiovestibular del primer molar permanente inferior, cuando los maxilares están en máxima intercuspidación.

En la actualidad existe un vínculo muy significativo entre los hábitos deformantes y las anomalías de la oclusión, lo cual atribuimos a la potencialidad de interferir con el patrón regular de crecimiento facial que poseen los mismos y como consecuencia de esto, producir anomalías del aparato estomatognático, tanto morfológicas como funcionales. Estos hábitos deformantes interfieren en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en

ciertas estructuras dentomaxilofaciales. El grado de alteración producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia con que se practique el hábito ^{1,8}.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en niños de 6 – 11 años de edad en la unidad educativa Nueva Andalucía, localizada en la Parroquia Santa Inés, Miramar, Estado Sucre, Venezuela, en el período comprendido entre diciembre de 2012 y febrero de 2013, para calcular la prevalencia de hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en los mismos. Se trabajo con el universo de estudiantes de las edades comprendidas entre los 6 y 11 años de la unidad educativa antes mencionada que suman un total de 510.

Fueron ***incluidos*** en la presente investigación los niños pertenecientes a la unidad educativa antes mencionada cuyos padres o tutores dieron su consentimiento informado a participar en la investigación y se ***excluyeron*** los que los padres no consintieron, así como los que presentaban alguna discapacidad mental y/o psíquica.

Se emplearon métodos de investigación cuantitativos y cualitativos como parte de la triangulación metodológica de la información, los que integraron los del nivel teórico, empírico y procedimientos de la estadística descriptiva.

1-Del nivel teórico:

- *Análisis - síntesis*: se utilizó con el objetivo de fundamentar, argumentar, establecer relaciones, anexos y valoraciones referentes a la presencia de factores de riesgo asociados con la maloclusiones en dentición mixta en escolares de primaria.
- *Histórico- Lógico*: Se utilizó para describir la evolución histórica lógica del comportamiento epidemiológico de las maloclusiones en los escolares de primaria.

- *Estudio documental:* se utilizó para la elaboración de la fundamentación teórica de la investigación, en tal sentido se utilizarán literaturas especializadas y actualizadas sobre factores de riesgo asociados con las maloclusiones como son: textos básicos, artículos periodísticos en soporte electrónico, trabajos de curso, tesis de maestría y revistas.

2- Del nivel empírico:

- *Entrevista:*
- *Observación:*

Ambas fueron empleadas durante la confección de la historia clínica con la ayuda de la luz natural y un depresor lingual y en presencia de los padres o tutor.

3- Del nivel matemático:

- *Cálculo porcentual:* Se utilizó para cuantificar los datos empíricos obtenidos de los instrumentos aplicados.

Operacionalización de las variables

Variable	Clasificación	Escala	Indicador	Definición de la variable
Edad	Cuantitativa Continua	6 - 7 años 8 - 9 años 10 - 11 años	No Absoluto y Porcentaje	Edad en años cumplidos.
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	No Absoluto y Porcentaje	Que se corresponda con el sexo biológico
Hábitos deformantes bucales	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente o no presente Se consideraron: Hábitos bucales deformantes: Succión digital Uso de biberón prolongado Lengua protráctil Queilofagia Onicofagia	No Absoluto y Porcentaje	Se tuvo en cuenta lo referido al respecto en la literatura consultada, además del interrogatorio y del examen bucal.
Maloclusiones dentarias	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente o no presente Se consideraron: Vestíbulo versión de incisivos Superiores. Mordida Abierta Anterior. Mordida Cruzada Anterior. Apiñamiento dentario.	No Absoluto y Porcentaje	Se tuvo en cuenta lo referido al respecto en la literatura consultada, además del interrogatorio y del examen bucal.

Consideraciones de la bioética

Para un mejor desarrollo de la investigación, se realizaron las coordinaciones pertinentes con la dirección de la escuela, además se explicó pormenorizadamente las características y ventajas del examen. Se confeccionó una carta de autorización para realizar la investigación estomatológica. (Anexo no. 1). El padre o tutor legal ofreció su consentimiento por escrito después de suministrarle toda la información acerca de todos los procesos a los que fueron sometidos, (Anexo no. 2). Se le proporcionó al padre o tutor legal el tiempo suficiente y la oportunidad de preguntar acerca de los detalles de la investigación para decidir si participaría o no en ella. Se respondieron de forma satisfactoria todas las cuestiones de interés para el padre o tutor legal.

Operacionalización de los objetivos:

El objetivo 1 responde a la edad y sexo y se consideraron como sigue:

--Edad: se consideraron los años cumplidos desde el nacimiento de la persona y se agrupó en:

- 6-7 años
- 8-9 años
- 10-11 años

--Se consideraron los sexos biológicos: femenino o masculino.

Para dar salida al **objetivo 2** se examinaron ambas arcadas dentarias en cada escolar, se identificó la presencia de hábitos bucales deformantes como siguen a continuación y se vació en una tabla previamente preparada. (Anexo No 3)

Succión Digital: Consiste en la introducción del dedo pulgar de una de las manos del niño en la cavidad bucal, generalmente lo hace con la llima o pulpejo del dedo apoyado sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual o palatina de los incisivos superiores. Los efectos que produce este hábito están en relación con la repetición y la fuerza con la que se ejercita y con el patrón facial y

oclusal del niño. Un perfil recto con una oclusión firme de neutro parece tolerar mejor la fuerza producida por el dedo que un perfil convexo, típico de clase II.

Lengua Protráctil: Es la acción de proyectar la lengua hacia delante, se produce en el momento de realizar la deglución como en el reposo. Al momento de deglutir el paciente realiza una mueca característica por contracción labial y la lengua se proyecta entre las arcadas dentarias.

Queilofagia: Es la mordedura del labio o el carrillo. Linguoversión de incisivos inferiores. Vestibuloversión de incisivos superiores. Mordida cruzada posterior cuando se refiere al carrillo.

Onicofagia: Es el hábito de morderse las uñas. Desviación de uno o más dientes. Desgaste dentario localizado. Afectación localizada del tejido periodontal.

Biberón prolongado: El uso del chupete es frecuente en la mayoría de los niños menores de dos años. Durante la dentición de leche el uso continuado del chupete puede producir alteraciones dentales.

Objetivo 3: Responde la presencia o no de algún tipo de maloclusión dentaria, considerando como:

Oclusión dentaria: es la posición en que recíprocamente quedan los dientes de un maxilar respecto a los del otro cuando se cierran, desarrollando su mayor fuerza, ejerciendo la presión sobre los molares y quedando en posición normal los cóndilos del maxilar inferior. Esta posición es la que permite obtener un mayor número de puntos de contacto entre los dientes del maxilar superior y del inferior.

Maloclusiones: se considera cualquier alteración de la relación de oclusión y ocurre como consecuencia de las anomalías de forma y función de los tejidos blandos, de los maxilares, de los dientes y de la articulación témporo-mandibular.

Se consideraron las siguientes:

- Mordida Abierta Anterior.
- Vestíbulo versión de incisivos superiores.
- Apiñamiento dentario.
- Mordida Cruzada Anterior.

Recolección de la información

Se realizará mediante examen bucal de los escolares de primaria, interrogatorio a los padres. Además se confeccionará una planilla encuesta para una mejor recolección de los datos.

Análisis estadístico:

El cálculo de la prevalencia de cada uno de los hábitos deformante y maloclusiones presentes fueron realizados mediante la fórmula tradicional dividiendo el total de afectados entre el total de la población examinada y este cociente multiplicado por 100.

La información fue procesada y resumida por la autora de la investigación con un enfoque cuantitativo y cualitativo. Se usaron Tablas con valores absolutos y cifras porcentuales para su mejor comprensión. La discusión se llevó a efecto mediante la fundamentación de los objetivos propuestos, lo que permitió arribar a conclusiones y emitir recomendaciones. Los datos fueron mediante Microsoft Excel en ambiente XP para Windows en una PC Pentium 4.

RESULTADOS Y DISCUSION

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1 Escolares según edad y sexo. Unidad educativa Nueva Andalucía, Parroquia Santa Inés, Miramar, Estado Sucre, Venezuela. 2012-2013.

Grupos de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
6 – 7 años	145	58	105	42	250	49
8 - 9 años	62	56	48	44	110	22
10-11años	83	55	67	45	150	29
Total	290	57	220	43	510	100

Fuente: modelo de recogida de datos.

En la tabla1 se puede observar los Escolares según edad y sexo de la población estudiada, en ella se destaca que de los 510 escolares examinados, 290 son del sexo femenino y fue mas representada la edad de 6 a 7 años con unos 250 niños, para un 49%.

En el trabajo titulado Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana, se encontró un predominio del grupo de edad de 7 años, los resultados de la presente investigación establecen concordancia a los encontrados por estos investigadores, no coincidiendo con los resultados del estudio titulado Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años en que predomina la edad de 9 años desarrollado en el Área de salud del Policlínico Universitario No. 3 "René Vallejo Ortiz" de Manzanillo, Granma ^{21, 23, 24}.

Los resultados de la presente investigación coincidieron, con Suárez E ²⁵ en un estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años, encontrándose el grupo de niñas más afectados, señala que en el periodo de la dentición mixta temprana hay más riesgo de la aparición de hábitos bucales deformantes que llevan a las maloclusiones debido que es la época donde se encuentran dientes temporales y permanentes juntos en la boca por lo que hay que mantener una mejor vigilancia hacia ellos. Se hace necesario trabajar para

incrementar las actividades preventivas encaminadas a reducir y eliminar este factor de riesgo en los escolares.

Tabla 2. Prevalencia de hábitos bucales deformantes en la población estudiada según edades.

Edades	Escolares Examinados	Prevalencia	
		No.	%
6-7	250	97	38,8
8-9	110	40	36,4
10-11	150	53	35,3
Total	510	190	37,3

En la tabla 2 se puede observar la prevalencia de hábitos bucales deformantes en la población estudiada, en ella se destaca que de los 510 escolares examinados, 190 poseían hábitos bucales deformantes, para una prevalencia de 37,3%, en relación con los grupos de edades se encontró una prevalencia más elevada en el grupo de edades de 6 a 7 años con 38,8%, aunque es importante destacar que no existen grandes diferencias entre las prevalencias encontradas en los diferentes grupos de edades.

Hay autores que consideran que hay menos hábitos en los pacientes adolescentes, ya que en estas edades son más preocupados por su apariencia física, por tanto reciben mejor el mensaje educativo sobre los hábitos, cooperando en la corrección de los mismos, estos postulados no se corresponden con los resultados obtenidos en la presente investigación.

El trabajo realizado en Matanzas en el año, 2006 titulado. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Se encontró una prevalencia más elevada que la del presente estudio (58,7%) ²⁶. también en el trabajo titulado Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas se obtiene una prevalencia de hábitos más elevada que la de la presente investigación (44,7%) ²⁷.

En un estudio realizado por Valdéz Podedera y Col ²⁰ titulado Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años resultó extremadamente alta la prevalencia de hábitos bucales deformantes. Los niños y sus familiares mostraron una baja estimación de la salud bucal por lo que se les recomendó aumentar la información sobre la prevención y vigilancia de la misma.

En Cuba durante la última década del pasado siglo en estudios realizados por *Santiso A. y col*, ²¹ dentro de nuestra provincia se investigó con niños menores de 15 años de edad, encontrándose una prevalencia de maloclusión del 43,08%. Los niños más afectados se encontraban dentro de la edad de 5 a 11 años. Los hábitos bucales deformantes se encontraron muy ligados a la aparición de la maloclusión, recomendando el incremento de la aplicación de los programas de atención primaria en Ortodoncia.

Tabla 3. Prevalencia de hábitos bucales deformantes en la población estudiada según sexos

Sexos	Escolares Examinados	Prevalencia	
	No.	No.	%
Femenino	290	112	38,6
Masculino	220	78	35,4

En la tabla 3 se puede observar la prevalencia de hábitos bucales deformantes en la población estudiada, en ella se destaca un predominio del sexo femenino, de ellas 112 poseían hábitos bucales deformantes, para una prevalencia de 38,6%, si observarse una gran diferencia con el sexo masculino que obtiene una prevalencia de 35,4.

Existen varias investigaciones en que se encontró un predominio del sexo femenino como las realizadas en Matanzas y las Tunas con las que se establece concordancia en la presente investigación ^{24, 27, 28}. Sin embargo existen otras en que predominó el masculino, los resultados de la presente investigación no coinciden con los de estos autores ²³. En relación al sexo pensamos que esto se deba a que las niñas son más tranquilas que los varones, lo cual le da más tiempo para la práctica de los hábitos, lo que coincide con el estudio realizado por Maya Hernández ¹⁵ donde se observó que el 65.0 % de los examinados eran niñas con hábitos bucales deformantes y más frecuentes en la edad de 10 años. En la literatura consultada casi la totalidad de los investigadores afirman que esto ocurre porque los hábitos a esta edad se arraigan y son difíciles de eliminar. Fernández Torres ²² en su estudio de Hábitos deformantes en escolares de primaria en 1997 planteó que de 6 a 7 años los hábitos van en aumento y a partir de los 8 años en adelante se incrementan.

En un estudio realizado por Esis Villarroel Y Col ²⁹ sobre Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales como factor etiológico de Maloclusiones en niños, niñas y adolescentes, este autor señala que el 65.7 % de los niños fueron más afectados

avalado tal vez por la importancia que las hembras atribuyen a la estética en relación a los varones no coincidiendo con los resultados de la presente investigación.

En la literatura consultada casi la totalidad de los investigadores afirman que uno de los factores de mayor riesgo para el desarrollo de la maloclusiones son los hábitos bucales deformantes y otras causas como la pérdida prematura de los molares temporales, sobretudo el segundo molar temporal. En los resultados de este trabajo se confirmó que este primer agente se asoció con la presencia de maloclusiones con alto riesgo y estadísticamente de forma significativa.

Tabla 4. Prevalencia de hábitos bucales deformantes en la población estudiada según tipo de hábito.

Hábitos N=203	Prevalencia	
	No.	%
Empuje lingual	44	21,7
Succión digital	97	47,8
Onicofagia	26	12,1
Queilosfagia	12	5,9
Biberón prolongado	24	11,8

Si observamos la tabla 4 se puede observar la prevalencia de hábitos bucales deformantes en la población estudiada según tipo de hábito, donde hubo un predominio del hábito de succión digital con el 47,8 %, seguido del empuje lingual con un 21,7%.

Los resultados de la presente investigación son similares a los encontrados por algunos autores.²⁴ No estableciendo concordancia con los obtenidos por otros que encontraron mayor prevalencia en el uso del biberón, de respiración bucal y la deglución atípica^{23, 26,28.}

En relación con los hábitos deformantes algunos autores,³⁰ señalan que la deglución anormal, la succión digital y la respiración bucal son más frecuentes en estudios realizados en poblaciones de 3 a 6 años de edad, lo cual en parte coincide con nuestro estudio.

Acevedo Sierra y Col³¹ en su intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes, también coincide que en su estudio hubo una prevalencia mayor en los hábitos de succión digital, empuje lingual y onicofagia. Señalando además que: “en cuanto al tipo de maloclusión que con más frecuencia aparece en la dentición mixta es la vestibuloversión”.

Tabla 5: Niños con más de un hábito deformantes según edad y sexo.

Edades	Sexos				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
6-7 N= 250	4	1,6	2	0,8	6	2,4
8-9 N= 110	2	1,8	1	0,9	3	2,7
10-11 N= 150	3	2,0	1	0,7	4	2,6
Total N= 510	9	1,8	4	0,78	13	2,5

En la tabla 5 se puede observar niños con más de un hábitos bucales deformantes en ella se destaca que en las edades comprendidas de 6 a 7 años el sexo femenino representa el 1,6% seguido de las edades 10 a 11 con un 2,0%. En relación con los grupos de edades se encontró una prevalencia más elevada en los niños de 6 a 7 años con un 2,4%. Como bien muchos autores ^{14, 20, 23} han planteado que los factores de riesgo no actúan de forma aislada, sino en conjunto, interrelacionada mente, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su nocivo efecto para la salud.

La investigación realizada en el área de salud del Policlínico Universitario No. 3 "René Vallejo Ortiz" de Manzanillo, Granma, titulado Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Encontró que los varones presentaron con mayor frecuencia más de un hábito bucal deformante, lo que establece concordancia parcial en los resultados de la presente investigación ²⁴.

Tabla 6. Prevalencia de maloclusiones en la población estudiada según edades.

Edades	Escolares Examinados	Prevalencia	
	No.	No.	%
6-7	250	99	39,6
8-9	110	43	45,4
10-11	150	55	36,7
Total	510	197	38,6

En la tabla 6 se puede observar que en las edades comprendidas de 6 a 7 años de la población estudiada hay una prevalencia de maloclusiones con un 39,6%, correspondiendo esto con la dentición mixta temprana, período en el cual se establecen la gran mayoría de las maloclusiones seguida de los grupos de edades de 10 a 11 con un total de 55 niños siendo el 36,7%.

En cuanto a las edades más propensas a desarrollar maloclusiones, los resultados son similares a los de varios autores consultados ²².

Estudios realizados en Cuba han demostrado un predominio de los hábitos deformantes en el sexo femenino ^{22, 31 ,32}. Estos resultados coinciden con estudios realizados en el ámbito internacional ^{18,33}.

Hay que considerar que en la medida que se incrementa la edad, existe mayor riesgo del arraigo de tales costumbres, ya sea por el tiempo de exposición, que significa maloclusiones más graves, o porque el hábito se presenta como expresión de un trastorno emocional, lo cual concordó con lo planteado por Bedoya y Chacón ³⁵. Cabe agregar que la mayoría de los pacientes del actual estudio eran mayores de 8 años; resultado que fue alarmante para sus autores, quienes además consideraron que ello pudo deberse al origen multifactorial de los hábitos bucales deformantes,

Tabla 7. Prevalencia de maloclusiones en la población estudiada según sexos.

Sexos	Escolares Examinados	Prevalencia	
	No.	No.	%
Femenino	290	129	44,5
Masculino	220	68	30,9

En la tabla 7 se puede observar la prevalencia de maloclusiones en la población estudiada según sexo, de 290 niñas 129 presentan maloclusiones con un 44,5% y el sexo masculino representa el 30,9% con 68 de ellos, resultado que esperaba obtener ya que el sexo femenino a coincidido de mayor prevalencia en las demás tablas discutidas.

Existen trabajos que refieren una elevada prevalencia de maloclusiones, sobre todo en el caso de las niñas, los cuales citan otros estudios con los que establecen concordancia, fundamentalmente en estudios cubanos.⁴⁻¹² los resultados obtenidos en la presente investigación no coinciden con lo referido por estos autores, pero si establecen concordancia con un estudio realizado en Venezuela como el que estamos presentando, en este estudio se obtuvo mayor cantidad de maloclusiones en el sexo masculino (52,8 %).¹³ pero los valores obtenidos por estos autores son más elevados que los obtenidos en la presente investigación.

Algunos autores explican esta mayor tendencia del sexo femenino a aspectos de tipo social y cultural y al hecho de que las niñas realizan juegos más tranquilos que los varones y se dejan influenciar más fácilmente por el medio exterior. Específicamente se dice que los niños se educan bajo una mayor vigilancia con respecto a estas conductas, por ser concebidas como sinónimos de debilidad, actitud esta que se sustenta en concepciones sexistas muy arraigadas en la mayoría de los países.^{30,34}

Tabla 8. Prevalencia de maloclusiones en la población estudiada según tipo de hábitos.

Hábitos	Prevalencia	
	No.	%
Mordida abierta anterior	61	12,0
Vestibuloversión de incisivos superiores	92	18,0
Apiñamiento dentario	37	7,2
Mordida cruzada anterior	7	1,3

En la tabla 8 se puede observar la prevalencia de maloclusiones en la población estudiada según tipo de hábitos. Como maloclusiones más frecuentes se encontraron la vestibuloversión de incisivos con un 18,0% seguida por las mordidas abiertas anterior con un 12,0% y el apiñamiento dentario con un 7,2% la maloclusión que menos prevalece es la mordida cruzada anterior con el 1,3%.

En cuanto a los tipos de maloclusiones más frecuentes, autores como Mas García y colaboradores ⁷ encontraron resultados similares a los del presente estudio, al encontrar mayor cantidad de niños con vestibuloversión de incisivos; en el resto de los estudios consultados los resultados son diversos, en algunas series predomina la mordida abierta, ^{9,10} y en otras el apiñamiento dentario seguido de las mordidas cruzadas; ¹² este último resultado fue obtenido en una comunidad indígena.

La investigación realizada en el área de salud del Policlínico Universitario No. 3 "René Vallejo Ortiz" de Manzanillo, Granma encontró que la versión vestibular de los incisivos superiores, lo que establece concordancia en los resultados de la presente investigación ²⁴. En el estudio realizado por *Beraud DI* y col, ³⁶ observaron una prevalencia de mordida cruzada posterior del 11.3% no coincidiendo con este estudio por ser más elevados los resultados.

La vestibuloversión y la mordida abierta anterior, se relacionan con los hábitos de succión del pulgar y protracción lingual, que resultaron ser los dos que más prevalecieron en nuestro estudio, de lo cual se infiere el vínculo estrecho entre los hábitos deformantes bucales y las anomalías dentomaxilofaciales en esta muestra poblacional.

En cuanto a la frecuencia de estas anomalías, se encontraron estudios con resultados similares.^{31, 35} que han hallado la versión vestibular unida a la adaquia; ambas particularidades resultan frecuentes en varios trabajos sobre el tema,^{35,37} ya sean producidas por la succión digital o por la combinación de diferentes hábitos. De hecho, los efectos de la succión digital están relacionados con la repetición y la fuerza con que se ejercita, y con la constitución facial y oclusal del niño.

Simoes AW,³⁸ plantea que un problema frecuente en la dentición infantil es la presencia de hábitos bucales y las interferencia oclusal que puede generar maloclusiones funcionales, tales como mordidas abiertas anteriores, desviaciones de la línea media, mordidas cruzadas anteriores y posteriores, con la posible alteración de la articulación temporomandibular.

En el estudio realizado por Polanco Valdés N y Col³⁹, *acerca de la Mordida cruzada* en la dentición temporal y permanente dio un resultado similar a este trabajo resaltando que existen otros hábitos involucrados que llevan a estas maloclusiones.

Tabla 9. Relación entre maloclusiones y hábitos bucales deformantes.

Hábitos	Maloclusiones							
	Mordida abierta anterior N=61		Vestíbulo versión de incisivos superiores N=92		Apiñamiento dentario N=37		Mordida cruzada anterior N=7	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Empuje lingual	14	9	23	21,1	7	2,6	0	0
Succión digital	29	18	50	46,0	11	4,0	7	0,5
Onicofagia	9	5,4	7	6,4	4	1,5	6	0,42
Queilosfagia	4	2,4	0	0	15	5,6	0	0
Biberón prolongado	5	3,0	15	13,8	1	0,37	3	0,21

En la tabla 9 se puede observar la relación entre maloclusiones y hábitos bucales deformantes, En las características clínicas de los integrantes de la serie, predominó la vestibuloversión de los incisivos superiores, como consecuencia de la succión digital con un 50%, el empuje lingual representó el 23% seguidos del uso del biberón prolongado con el 15%, El hábito de succión digital conlleva a la aparición de otras maloclusiones como la mordida abierta anterior con un 18% y el apiñamiento dentario con un 4% lo que intensificó la formación de maloclusiones.

En la actualidad existe un vínculo muy significativo entre los hábitos deformantes y las anomalías de la oclusión, lo cual atribuimos a la potencialidad de interferir con el patrón regular de crecimiento facial que poseen los mismos y como consecuencia de esto, producir anomalías del aparato estomatognático, tanto morfológicas como funcionales ⁴⁰.

Los resultados del presente trabajo coinciden con los resultados obtenidos por otros autores ²⁶ que señalan como anomalías de la oclusión más frecuentes la mordida abierta anterior y la vestibuloversión de incisivos, corroborando que dichas anomalías tienen vínculo patogénico con los hábitos deformantes más frecuentes. Se ha observado que tanto la succión digital como la respiración bucal cuando actúan de forma conjunta, producen con mayor frecuencia mordida abierta anterior, pero también pueden asociarse a mordidas cruzadas, relación de distoclusión, vestibuloversión de incisivos y micrognatismo transversal ²⁷.

Al analizar los factores de riesgo de maloclusiones, se encontró que el 64,8 % de los pacientes eran portadores de hábitos bucales deformantes, coincidiendo con estudios de prevalencia realizados dentro y fuera de Cuba. ^{10, 11, 14,18} La mayoría de los estudios consultados demuestran que los hábitos bucales deformantes son el principal factor de riesgo para el desarrollo de maloclusiones en edades pediátricas, ^{19,20} aunque el factor hereditario también se manifiesta como un elemento de mucha influencia.

Existe una estrecha relación entre los hábitos deformantes y las anomalías dentomaxilofaciales, Los cambios dentoalveolares relacionados con la succión digital incluyen mordida abierta anterior, y un aumento en la prevalencia de la vestibuloversión de los incisivos superiores, la gravedad de este hábito es la resultante de la frecuencia, intensidad, duración, y posición en que se coloca el dedo en la boca ^{26,40}.

En la deglución anormal, la lengua se apoya entre ambos grupos incisivos, originando generalmente una mordida abierta anterior y protrusión de estos dientes, creando también una disfunción muscular en la deglución, porque la actividad no será ya de maseteros y temporales, sino de la musculatura perioral, exactamente lo contrario que en la deglución adulta¹⁰.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La prevalencia de hábitos bucales deformantes fue de más de un tercio de la población, con los valores más elevados en la edad de 6-7 años que alcanzó casi un cuarto de la población. El sexo femenino presentó una prevalencia de casi un cuarto de la población. Los hábitos bucales deformantes de mayor prevalencia fueron la succión digital, que alcanzó casi la mitad de los estudiantes, seguido del empuje lingual, se encontraron niños con más de un hábito deformante.

Las maloclusiones presentaron una prevalencia de casi un cuarto de la población, con un predominio del grupo de edades entre 8 y 9 años, que llegó casi a la mitad de los estudiantes, con valores similares prevaleció el sexo femenino.

Las maloclusiones más prevalentes fueron la vestibuloversión de incisivos superiores y la mordida abierta anterior y con éstas se relacionaron mayormente la succión digital y el empuje lingual.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Divulgar los resultados de la presente investigación en el contexto en que se desarrolló la investigación, responsabilizando con esto al coordinador de CDI Miramar y a la propia autora.
- Emplear los resultados de la misma como fuente documental de la misión Barrio Adentro y a la vez para la planificación del fondo de tiempo de los estomatólogos para realizar intervenciones educativas destinadas a disminuir la prevalencia de hábitos deformantes y maloclusiones.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Piédrola G, et al. Medicina preventiva y salud pública. 8 ed. Barcelona. [Internet] 2006. [citado 18 feb 2016] pp. 762-82. Disponible en: <http://media.axon.es/pdf/68463.pdf>
- 2- Limonta Vidal ER, Araujo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN 2008; [citado 20 may 2016] 4(3):9-15. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san03300.pdf.
- 3- Colectivo de autores. Capítulo 5: Guías prácticas clínicas de oclusión. [Internet]. 2011 [citado 23 Ene 2016]; [aprox. 52 pantallas]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/capitulo_5_clusion.doc
- 4- Barber T. The concept of preventive Orthodontics. J Dent Child 1966; 33(1):37-86.
- 5- Mayoral J, Mayoral I. Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. 2^{ed}. Barcelona: Editora Laboral; 1970. p.189.
- 6- Soto Cantero L, García González B, González Fernández M. La fuerza labial superior y sus variaciones con la mioterapia. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado 20 may 2016]; 40(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000300002
- 7- Mora Pérez C, López Fernández R. Aparatología ortodóncica y trastornos del lenguaje. Rev. Cubana Ortodoncia [Internet]. 2009 [citado 20 may 2016]; 16(1):38-46. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord06101.htm
- 8- D'Escrivan de Saturno L. Características de la oclusión de 3.630 escolares del área metropolitana de Caracas. Trabajo de ascenso. Caracas; 1978. [Internet]. 2007 [citado 30 Abr 2012]; [aprox. 10 pantallas] Disponible en: <http://www.odont.ucv.ve/> Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela

- 9- Norey B, Alderequía J. Medicina Social y Salud Pública en Cuba. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 1990 [citado 20 May 2016]; 32(2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661995000200005
- 10- Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgo asociado con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2004 [citado 20 May 2016]; 41(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_1_04/est02104.htm
- 11- Graber TM, Swain BF. Ortodoncia. Conceptos y técnicas. T. 1. La Habana: Editorial Científico Técnica; [Internet]. 1984 [citado 20 May 2016] pp. 11-16. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/44361328_Ortodoncia_conceptos_y_tecnicas_T_M_Graber_Brainerd_F_Swain
- 12- Villalba López E, Gutiérrez Valdez DH, Díaz Pérez R. Evaluación de la relación maxilomandibular, parte clave del diagnóstico ortodóncico. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr [Internet]. 2009 Jun [citado 12 Mar 2013]; [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art7.asp>
- 13- Rodríguez Almeida R de, Almeida P. Etiología: causas hereditarias y congénitas. Rev. Dent Press Odont Ortop Facial [Internet]. 2009 [citado 20 May 2016]; 5(6):107-29. Disponible en: <http://go.microsoft.com/fwlink/p/?LinkId=255141>
- 14 -Enmerich A, Fonseca L, Elías AM, Vieira de Medeiros U. Relación entre hábitos bucales, alteraciones oronasofaríngeas y maloclusión en niños de pre-escolar en Victoria, Espírito Santo, Brasil. Cad Saude Pública [Internet]. 2004 [citado 20 May 2016]; 20(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0034-75072007000400007&caller=scielo.sld.cu&lang=pt>
- 15- Maya Hernández, B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod 2000; 15(2):66-70

- 16- González Jiménez E. La cura sugestiva nocturna de los hábitos bucales perniciosos. Rev. Cubana Estomatol 2008; 14(1):19-20.
- 17- Smith Corgel E. Maloclusiones en dentición mixta. Odont Moder [Internet]. 2009. [citado 10 Mar 2015]; 6(62): 7 [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos>
- 18- Betancourt O. Estudio epidemiológico de las maloclusiones en 2 zonas rurales venezolanas [Trabajo para optar por el título de Máster en Ortodoncia] [Internet]. 2006. [citado 20 May 2016]; 22(4):1-7 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san06110.pdf
- 19- Rodríguez CA, Valiente ZC. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. Rev Cubana Estomatol.2003; 40 (1): 33-7.
- 20- Podedera Valdéz ZR, Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años, 2002-2003. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2003 [citado 20 May 2016]; 40(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est04204.htm
- 21- Santiso A.; Díaz RJ; González A. Diagnóstico Ortodóncico del área de salud Venezuela. Ciego de Ávila. Rev. Cubana de Ortodoncia. 1994.
- 22- Fernández Torres CM. Resultados del control de factores de riesgos de anomalías dentofaciales. Rev Cubana Ortod. [Internet] 2000 [citado 20 May 2016]; 15(1):33-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_1_00/ord03100.htm
- 23- Arocha ArzuagaAlina, Aranda Godínez, María Silvia, Pérez Pérez Yisel , Granados Hormigó, Ana Elena. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN. 2016 [citado 25 mayo 2016]; 20(4):1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400002&nrm=iso

24- Reyes Romagosa, Daniel Enrique, Torres Pérez, Ivette, Quesada Oliva, Leticia Maria, Milá Fernández Maricela, Labrada Estrada Herminia Esther. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Medisan [Internet]. 2014[citado 25 mayo 2016];18(5):19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

25- Suárez E, Salas W, Villalobos G, Villalobos K, Quirós O. Estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población "año" de la escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr. 2012 [citado 30 Mar 2015]; 26. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>

26- Álvarez González MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014[citado 6 de abril del 2016];36(4):Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema02.htm>

27- Díaz Méndez, Haideé Tamara, Ochoa Fernández, Bernardo, Paz Quiñones, Lisett, Casanova Sales, Kenya, Coca García, Yudenia. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. [Internet]. 2015[citado 16 abril 2016]; 13(4):1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400005&nrm=iso

28- Téllez Peña, Trinidad Margarita, García Jiménez, Ana María , Menéndez Cabrera, Risquet Ojea Rodríguez, Viviam María , Basalo Ramos, Dayana. Hábitos bucales deformantes más comunes en pacientes de la clínica docente provincial “3 de Octubre”, año 2012 . Rev Electr Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta. [Internet] 2014 [citado 25 mayo 2016]; 39(10): 1-7. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/132/18>

- 29- Esis Villarroel I, Rondon 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. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria [revista en Internet]. 2013 [citado 11 Mar 2014]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/pdf/art24.pdf>
- 30- Quiñones Ybarría ME, Ferro Benítez PP, Felipe Torres S, Espinosa González L, Rodríguez Calzadilla A. Estado nutricional. Su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en niños. Rev Cubana Estomatol. 2006 [citado 7 Jun 2013]; 43 (3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est02306.htm
- 31- Acevedo Sierra O, Mora Pérez C, Capote Femenías J, Rosell Silva C, Hernández Núñez Y. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Medisur [revista en Internet]. 2011 [citado 9 Ago 2011]; 9(2): [aprox. 9p]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1574/619>
- 32- Jiménez Ariosa AY, Torres García M, Lores Torrell E. Relación entre lactancia materna exclusiva, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales. Policlínico "Rafael Valdés" 2011. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr. 2012 [citado 12 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art21.asp>
- 33- Miranda Cruz J, Villanueva Nandayapa E, Sánchez Aldama M. Hábitos orales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Iztacala. Diplomado de ortopedia maxilar. UNAM. 2003 [citado 14 ene 2012]. Disponible en: <http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosoral58.htm>

- 34- Muñiz Vázquez M, Gondin Gener M, Ricardo Reyes M, Pérez Espinosa M. Comportamiento de las maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Barrió Adentro. Las Margaritas. [Internet]. 2007 [citado 20 May 2016]; [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: <http://www.alfinal.com/odontologia/maloclusiondental.php>
- 35- Bedoya N, Chacón A. Tratamiento temprano de maloclusiones clase II tratado con activador abierto elástico de Klammt (AAEK). Reporte de caso. Rev. Estomatol. 2009; 17 (2): 23-29.
- 36- Beraud Osório DI, Sánchez Rodríguez MA, Murrieta Pruneda JF, Mendoza Núñez VM. Prevalencia y factores de riesgo de mordida cruzada posterior en niños de 4-9 años de edad en ciudad Nezahualcóyotl. Bol Méd Hosp Infant Méx. [Internet]. 2004 [citado 24 Ene 2011]; Vol. 61(2): 141-148. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000200005&lng=es
- 37- Rodríguez González A, Martínez Brito I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Rev Méd Electrón. 2011 [citado 12 Jul 2013]; 33 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000100007&script=sci_arttext
- 38- Simoes AW. Ortopedia funcional de los maxilares. Vol 1. 3ra ed. Sao Paulo: Artes Médicas Latinoamericana; 2004. p. 292-313.
- 39- Polanco Valdés N, Fernández Cordero AE, De la Torre Rodríguez E. Mordida cruzada en la dentición temporal y permanente. [Internet]. 2006 [citado 24 Ene 2011]; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/240/06.html>
- 40- Maloclusión. [Internet]. 2010 [citado 23 Ene 2010]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://www.quierosaberquetengo.com/manual-dmerck/106/3D2_MM_9_106_3.htm

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1.

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN ESTOMATOLÓGICA:

“Hábitos bucales deformantes en niños, escuela Nueva Andalucía. Estado Sucre.
Venezuela.

Asunto: Autorización para realizar investigación estomatológica en la escuela Nueva Andalucía. Estado Sucre. Venezuela.

Por medio de la presente se autoriza a la Dra. Yuleisy Díaz Echevarría para realizar las entrevistas y exámenes clínicos bucales a todos los escolares de 6 a 11 años de edad de las escuelas primarias del área de salud Parroquia Santa Inés, Miramar con la colaboración de sus padres. Los datos personales obtenidos no serán publicados. El examen no es nocivo para la salud de los estudiantes y deberán cumplirlo como se lo indique su estomatólogo.

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

Director del Liceo

Firma del investigador

Anexo 2.

Planilla de consentimiento informado: yo _____ una vez que se me explicó en qué consiste la investigación que lleva por título: Comportamiento de algunos hábitos bucales deformantes en niños de la escuela Nueva Andalucía. Estado Sucre.

Cuya autora es la doctora Yuleisy Díaz Echevarría, doy mi disposición y mi aporte de cualquier dato de mi hijo(a), además de que participe en la misma.

Y certifico que se me ha dado a conocer todo lo relacionado con la investigación así como los beneficios que nos resultaría para la salud bucal de nuestros hijos contribuyendo con la prevención de las maloclusiones dentales, por lo que puedo decidir con libertad de conciencia mi participación en ella.

Teniendo en cuenta lo antes expresado, doy mi consentimiento, y para constancia firmo.

Firma del padre

O tutor legal.

Fecha _____

Anexo 3.

Planilla de vaciamiento de los datos

No	Grupos edades		sexo		Succión digital	Empuje lingual	Queilofagia	Onicofagia	Biberón
	6-8	9-11	F	M					

Estudiante.....

Tutora.....