



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES EN PACIENTES QUE  
ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO 2017-II CR**

**Autores:**

Loggiodice Guevara, María Valeska  
Silva Alcalde, Angélica Daniela

**Tutor:** Od. Erika González



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES EN PACIENTES QUE  
ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO 2017-II CR**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

**ODONTÓLOGO**

**Autores:**

Loggiodice Guevara, María Valeska  
Silva Alcalde, Angélica Daniela

**Tutor:** Od. Erika González

San Diego, abril de 2018



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES EN PACIENTES QUE ACUDEN A  
LA CLÍNICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ  
ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO 2017-II CR

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. V- 24.104.906

María Valeska Loggiodice Guevara

2. V- 25.071.302

Angélica Daniela Silva Alcalde

Tutor Propuesto: Od. Erika González

Firma:

C.I. V-17.171.133

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma



Fecha

11-04-18



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Loggiodice Guevara	Maria Valeska	24104906
Direccion: Valle de Oro, San Diego.		Teléfono: 04124783396
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Indice Académico	13.54
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	MariaValeskaLoggiodiceGuevara	Teléfono: 0412-4783396
<b>Título Del Trabajo:</b> Prevalencia de hábitos bucales en pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad Jose Antonio Paez en el periodo 2017 II		
<b>Breve Explicacion:</b> La investigación tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes que acudieron a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-II. Con relación al marco metodológico fue una investigación de campo, tipo descriptiva, no experimental. La población estuvo conformada por todas aquellas historias clinicas de pacientes en edades entre 5 y 12 años que asistieron a la Clínica del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 – II.		
<b>Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto:</b> Universidad Jose Antonio Paez.		
<b>Tiempo De Desarrollo:</b> Noviembre 2017 – Marzo 2018		
<b>Tutor Académico Propuesto:</b> Erika Gonzalez		

APROBADO:  NO APROBADO:   
COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

<u>Ervy Lopez</u> NOMBRE	<u>[Firma]</u> FIRMA	<u>10-4-18</u> FECHA
<u>Rodolfo Ruiz</u> NOMBRE	<u>[Firma]</u> FIRMA	<u>12/04/18</u> FECHA
DIRECCION DE LA ESCUELA: <u>[Firma]</u>		





UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Silva Alcalde	Angélica Daniela	25.071.302
Dirección: Valle de Oro, San Diego.		Teléfono: 0414-4432413
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	14.02
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Angélica Daniela Silva Alcalde	Teléfono: 0414-4432413
<b>Título Del Trabajo:</b> : Prevalencia de hábitos bucales en pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 II		
<b>Breve Explicación:</b> La investigación tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes que acudieron a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-II. Con relación al marco metodológico fue una investigación de campo, tipo descriptiva, no experimental. La población estuvo conformada por todas aquellas historias clínicas de pacientes en edades entre 5 y 12 años que asistieron a la Clínica del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 – II.		
<b>Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto:</b> Universidad José Antonio Páez		
<b>Tiempo De Desarrollo:</b> Noviembre 2017 – Marzo 2018		
<b>Tutor Académico Propuesto:</b> Erika González		

APROBADO:  NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

<u>Eryk Woffner</u> NOMBRE	<u>[Firma]</u> FIRMA	<u>11-04-18.</u> FECHA
<u>Rodrigo Pino</u> NOMBRE	<u>[Firma]</u> FIRMA	<u>12/04/18</u> FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: [Firma]





REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
CARRERA DE ODONTOLOGIA

#### ACEPTACIÓN DEL TUTOR.

Quien suscribe, Erika González, portadora de la cédula de identidad N°. 17.171.133, en mi carácter de tutora del trabajo de grado presentado por las ciudadanas María Valeska Loggiodice, portadora de la cedula de identidad N° 24.104.906 y Angelica Daniela Silva, portadora de la cedula de identidad N° 25.071.302, titulado: **“PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN EL PERIODO 2017-II CR”**.

Presentado como requisito para optar por el título de Odontólogo, declaro que acepto la tutoría del mencionado proyecto durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe y considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado evaluador.

En San Diego, a los días 24 del mes de Noviembre del año 2017.

(firma autógrafa)  
Erika González  
C.I. 17.171.133



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

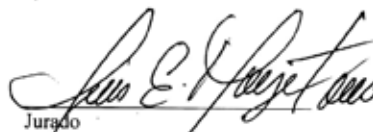
ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "Prevalencia de hábitos bucales en pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 II", realizado por María Valeska Loggiodice Guevara C.I 24.104.906. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.  
Menos publicación

  
Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Erika Gonzalez  
C.I. 17.171.133

  
Jurado

Nombre: Luis Moyenotes  
C.I. 19.600.144



Jurado  
Nombre: Gloriana Portocarrero  
C.I. 20.031.658

Fecha: 11-04-2018





Universidad José Antonio Páez  
 Facultad de Ciencias de la Salud  
 Escuela de Odontología  
 Coordinación de Pasantías y Trabajo de Grado

**CRITERIOS PARA EVALUAR EL TRABAJO FINAL DE GRADO ESCRITO**

Nombre y Apellido: **Angelica Daniela Silva Alcalde C.I. 25.071.302**

Título del Trabajo: **Prevalencia de hábitos bucales en pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-II CR**

Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Odontología

Instrucciones: Asigne la puntuación teniendo como máximo la puntuación colocada en la columna de la derecha.

**A). EN CUANTO A LOS ASPECTOS INTRODUCTORIOS Y DE CARÁCTER GENERAL**

		Puntuación Máxima
1	La presentación cumple con las normas fijadas por la Coordinación en cuanto a: fecha de entrega, portada, imágenes, paginación, espacio entre líneas, mismo tipo de letra, centrado de títulos y subtítulos.	(1) 1
2	La introducción es clara y orientada en cuanto a que se realizó, qué se logró, cómo y cuáles fueron las limitaciones.	(1) 1
3	Incluye portada interior, aprobación de tutores, tabla de índice.	(1) 1
4	Redacta en tercera persona o de forma impersonal. El lenguaje es claro, conciso y preciso de acuerdo con la especialidad. Presenta coherencia de la información, redacción y adecuado uso de los signos de puntuación.	(1) 1
		4

**B). EN CUANTO AL DESARROLLO**

1	Se expone de manera clara y precisa el problema o situaciones problemáticas.	(2) 2
2	El objetivo general y los objetivos específicos están formulados en forma clara y precisa.	(2) 2
3	El marco teórico y el marco metodológico están presentados en la forma apropiada.	(2) 2
4	Se presentan los resultados en la forma apropiada.	(3) 3
5	Se genera propuesta con aportes significativos.	(3) 3
6	Las conclusiones son acertadas y de acuerdo con el contenido del informe final.	(3) 3
		15

**C). EN CUANTO A LOS ANEXOS Y BIBLIOGRAFIA**

1	Los anexos presentados se justifican, son pertinentes y están debidamente numerados e identificados.	(0,5) 0,5
2	Las referencias bibliográficas están en escritas en orden alfabético y siguen las normas de la UJAP de acuerdo al contenido de la asignatura Metodología de la Investigación.	(0,5) 0,5
		1 1
		20 20

Puntuación Total: Suma totales de cada factor (A,B,C)

Miembro Jurado (1)

Miembro Jurado (2)

Tutor de Contenido

Puntaje Obtenido: 20

Fecha: 11-01-18



Universidad José Antonio Páez  
 Facultad de Ciencias de la Salud  
 Escuela de Odontología  
 Coordinación de Pasantías y Trabajo de Grado

**CRITERIOS PARA EVALUAR EL TRABAJO FINAL DE GRADO ESCRITO**

Nombre y Apellido: María Valeska Loggiodice Guevara C.I. 24.104.906

Título del Trabajo: Prevalencia de hábitos bucales en pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 II.

Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Odontología

Instrucciones: Asigne la puntuación teniendo como máximo la puntuación colocada en la columna de la derecha.

**A). EN CUANTO A LOS ASPECTOS INTRODUCTORIOS Y DE CARÁCTER GENERAL**

		Puntuación Máxima
1	La presentación cumple con las normas fijadas por la Coordinación en cuanto a: fecha de entrega, portada, imágenes, paginación, espacio entre líneas, mismo tipo de letra, centrado de títulos y subtítulos.	(1) <u>1</u>
2	La introducción es clara y orientada en cuanto a que se realizó, qué se logró, cómo y cuáles fueron las limitaciones.	(1) <u>1</u>
3	Incluye portada interior, aprobación de tutores, tabla de índice.	(1) <u>1</u>
4	Redacta en tercera persona o de forma impersonal. El lenguaje es claro, conciso y preciso de acuerdo con la especialidad. Presenta coherencia de la información, redacción y adecuado uso de los signos de puntuación.	(1) <u>1</u>
		4

**B). EN CUANTO AL DESARROLLO**

1	Se expone de manera clara y precisa el problema o situaciones problemáticas.	(2) <u>2</u>
2	El objetivo general y los objetivos específicos están formulados en forma clara y precisa.	(2) <u>2</u>
3	El marco teórico y el marco metodológico están presentados en la forma apropiada.	(2) <u>2</u>
4	Se presentan los resultados en la forma apropiada.	(3) <u>3</u>
5	Se genera propuesta con aportes significativos.	(3) <u>3</u>
6	Las conclusiones son acertadas y de acuerdo con el contenido del informe final.	(3) <u>3</u>
		15

**C). EN CUANTO A LOS ANEXOS Y BIBLIOGRAFIA**

1	Los anexos presentados se justifican, son pertinentes y están debidamente numerados e identificados.	(0,5) <u>0,5</u>
2	Las referencias bibliográficas están en escritas en orden alfabético y siguen las normas de la UJAP de acuerdo al contenido de la asignatura Metodología de la Investigación.	(0,5) <u>0,5</u>
		1 <u>1</u>
		20

Puntuación Total: Suma totales de cada factor (A, B, C)

*[Firma]*  
 Miembro Jurado (1)

*[Firma]*  
 Miembro Jurado (2)

*[Firma]*  
 Tutor de Contenido

Puntaje Obtenido: 20

Fecha: 11-04-2018



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

### CRITERIOS PARA EVALUAR PRESENTACIÓN ORAL

NOMBRES Y APELLIDOS (Participante N°1) Angelica Daniela Silva C.I. 25.071.302

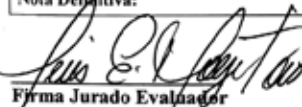
NOMBRES Y APELLIDOS (Participante N°2) Maria Valeska Loggiodice C.I. 24.104.906

#### EVALUACIÓN DE LA PRESENTACIÓN ORAL DEL TRABAJO FINAL

##### EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE

Instrucciones: Asigne la puntuación teniendo como máximo la puntuación colocada en la columna de la derecha.

ASPECTOS A CONSIDERAR	Máximo	Ponderación Participante N°1	Ponderación Participante N°2
1.-Dominio y comprensión del tema	(3)	3	3
2.-Calidad del lenguaje utilizado.	(2)	2	2
3.-Desenvolvimiento durante la exposición.	(2)	2	2
4.-Utilización adecuada del material de apoyo	(2)	2	2
5.-Interpretación de las preguntas. Facilidad de respuesta.	(3)	3	3
6.-Conclusiones y recomendaciones.	(3)	3	3
7.-Receptividad a planteamientos diferentes a los presentados por él	(3)	3	3
8.-Realizó las explicaciones en forma clara y precisa.	(2)	2	2
Nota Definitiva:		20	20

  
Firma Jurado Evaluador  
Nombre: Luis Mogenotes  
C.I.: 19.600.144

Fecha: 11/04/18

### AGRADECIMIENTOS

**A Dios y a La Virgen**, por permitirme recorrer este camino y aportarme fe para superar cada obstáculo y así lograr esta meta.

**A mi compañera de tesis**, Valeska Loggiodice, gracias por confiar en mí y tenerme paciencia para la realización de nuestro trabajo.

**A mis mejores amigas**, M<sup>o</sup> Fernanda Colombani y Carly Rodríguez, por presionarme y apoyarme cuando más lo necesitaba, por acompañarme a lo largo de esta carrera y hacerme parte de su familia, lo mejor que me puedo llevar es su amistad. ¡SOMOS COLEGAS!

**A mis amigos**, Jesús Durán y Luisangela Parra, por su compañía y amor incondicional, por estar desde el inicio en este camino.

**A mis pacientes**, por confiar en mí y poner en mis manos su salud bucal.

**A mis profesores**, de la Universidad José Antonio Páez, por cada conocimiento impartido, por ser parte fundamental de mi crecimiento personal y profesional.

**A mi profesora**, Ivette Alsina, por ser una profesora especial, por siempre dar lo mejor de ella para nosotros y por acompañarme desde la primera clínica hasta la última.

**A mi profesora y tutora**, Erika González, por colaboración y paciencia para realización de la tesis.

**A la Universidad José Antonio Páez**, por ser mi casa de estudio, por permitirme formarme en ella como profesional y darme los mejores años de pregrado.

*Angelica Silva.*

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios**, por darme fé y perseverancia durante este largo camino.

**A la Universidad José Antonio Páez**, por formar exitosos profesionales.

**A la facultad de Odontología**, por ofrecernos tantos conocimientos.

**A nuestra tutora**, Erika González, por encaminarnos durante este proyecto de investigación.

A todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este proyecto,  
GRACIAS.

*Valeska Loggiodice.*

## **DEDICATORIA**

**A mis padres,** Agdeljaide Alcalde y Edgar Silva, principalmente por fómame como persona, por estar conmigo no solo a lo largo de esta carrera sino durante toda mi vida y ser mi apoyo incondicional en cada meta que me proponga, mis logros son de ustedes.

**A mi ita,** Matilde Liendo, por ser mi apoyo incondicional, por ser la mejor paciente y confiar en mí plenamente.

**A mi ito,** Hernán Silva, por su amor, apoyo y formación durante mi vida, gracias por siempre cuidar de mí, gracias a ti soy mejor persona, gracias por sentirte orgulloso de mí hasta antes de empezar la carrera, sin duda alguna una de mis motivaciones más grandes

**A mis abuelos,** Elida Arevalo y Dario Alcalde, por su amor, por confiar en mí y siempre estar presente en mi vida.

**A mi tía,** Yeinner Alcalde, por su amor y paciencia, por su confianza y ser una paciente ejemplar

**A mi familia,** por su apoyo y siempre estar pendientes de mí, cada uno es parte fundamental en mi vida.

**A mi ángel en el cielo,** por siempre estar conmigo.

*Angélica Silva.*

## **DEDICATORIA**

**A DIOS**, por guiarme a lo largo de este camino, porque a pesar de todos los altos y bajos se que siempre estuvo presente.

**A mamá, papá y mi hermana**, por ser mis pilares, por brindarme siempre apoyo incondicional. Detrás de este logro están ustedes, gracias por su confianza, amor y paciencia.

**A Verónica y Paola**, mis amigas, mis hermanas, gracias por ser mis compañeras durante este largo camino.

**A Mari**, mi angelito, gracias por compartir con nosotros a lo largo de la carrera y por guiarnos y cuidarnos las últimas semanas de ella.

Con amor, *Valeska Loggiodice.*

## INDICE

<b>RESUMEN IFORMATIVO</b> .....	xvi
---------------------------------	-----

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	xvii
---------------------------	------

## **CAPÍTULO**

### **I EL PROBLEMA**

1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.1.1 Formulación del Problema.....	4
1.2 Objetivos de la Investigación.....	4
1.2.1 Objetivo General.....	4
1.2.2 Objetivos Específicos.....	4
1.3 Justificación de la Investigación.....	4

### **II MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	7
2.2 Bases Teóricas.....	10
2.3 Antecedentes Legales de la Investigación.....	29
2.4 Definición de términos básicos.....	35

### **III MARCO METODOLÓGICO**

3.1 Diseño de Investigación.....	37
3.2 Tipo de Investigación.....	38
3.3 Nivel de Investigación.....	39
3.4 Población y Muestra.....	39
3.5 Técnicas de Recolección de Datos.....	41

### **IV ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

4.1 Presentación e Interpretación de Resultados.....	43
--	----

### **V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Conclusiones Y Recomendaciones.....	55
-------------------------------------	----

<b>REFERENCIAS</b>	
<b>BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>62</b>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

	<b>pp.</b>
<b>GRÁFICO N° 1</b> .....	44
<b>GRÁFICO N°2</b> .....	46
<b>GRÁFICO N°3</b> .....	48
<b>GRÁFICO N°4</b> .....	50
<b>GRÁFICO N°5</b> .....	52
<b>GRÁFICO N°6</b> .....	55

## **LISTA DE TABLAS**

	<b>pp.</b>
<b>TABLA N°1.....</b>	<b>44</b>
<b>TABLA N°2.....</b>	<b>46</b>
<b>TABLA N°3.....</b>	<b>48</b>
<b>TABLA N°4.....</b>	<b>50</b>
<b>TABLA N°5.....</b>	<b>52</b>
<b>TABLA N°5.....</b>	<b>54</b>



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES EN PACIENTES QUE  
ACUDEN A LA CLINICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA  
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN EL PERIODO 2017-II CR**

**Autor (a):** María Valeska Loggiodice. C.I. 24104906

**Autor (a):** Angelica Silva. C.I. 25071302

**Tutor:** Erika González.

**Fecha:** 11 de Marzo del 2018.

**RESUMEN**

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos en pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-II. Donde se tomaron como variables la presencia de hábitos bucales no fisiológicos, la edad y el sexo de los pacientes que presentaron dichos hábitos y el tipo de hábito. Esta investigación es de tipo descriptiva, con un diseño de campo retrospectivo no experimental, cuya población estuvo conformada por los pacientes que asistieron a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-2 y la muestra estuvo conformada por aquellos pacientes que presentaban algún hábito bucal no fisiológico en edades comprendidas entre 5 y 11 años. De esta manera, los datos se obtuvieron de las historias clínicas de dichos pacientes a través de la aplicación de una guía de recolección de datos previamente diseñada siguiendo las variables de estudio. Una vez que fueron recolectados todos los datos se analizaron e interpretaron los resultados llegando a las siguientes conclusiones: 177 pacientes presentaron hábitos bucales no fisiológicos, de estos, hubo mayor prevalencia de hábitos entre los 5 y 7 años, y fue más frecuente observarlos en el sexo masculino, en cuanto al tipo de hábito, en el sexo masculino la onicofagia es más frecuente entre los 5 y 7 años mientras que en la respiración bucal es más frecuente entre los 8 y 11 años, ambos hábitos se presentan con igual frecuencia en el sexo femenino en ambas edades.

**Descriptor:** Hábito bucal, no fisiológico, onicofagia, respirador bucal.

**INTRODUCCIÓN**

El hábito se considera como una costumbre o práctica adquirida que se da debido a la repetición de un mismo acto, que al inicio se realiza de forma consciente y luego de forma inconsciente, como lo es la onicofagia, queilofagia, succión digital, respirador nasal entre otros, estos hábitos se pueden considerar fisiológicos o funcionales, sin embargo, también existen hábitos bucales no fisiológicos como los antes mencionados, las causas que se originen van a depender en primer lugar de la edad en la que este se inicia, mientras más temprana edad mayores consecuencias tendrá, esto debido a que el hueso se encuentra en proceso de formación y por lo tanto es moldeable, también se debe tomar el tiempo del hábito ya sean minutos u horas durante la que este se realice y por último se debe determinar la frecuencia del mismo, es decir, las veces que este se realice durante el día.

La importancia de los hábitos en odontología es que pueden modificar la posición y relación de las unidades dentarias, debido a alteraciones en el correcto desarrollo y funcionamiento de los músculos de la cavidad bucal. Por esta razón es de vital importancia la detección y eliminación temprana de los mismos, para evitar futuras alteraciones, realizando un adecuado tratamiento. Por lo antes expuesto, el objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia de hábitos bucales no fisiológicos.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del Problema**

Desde tiempos pasados se afirmaba que los problemas de oclusión encontrados en la dentición primaria, probablemente perpetuarían en la dentición permanente, donde pudieran alcanzar un grado más elevado. Por lo tanto, es esencial el conocimiento de los problemas desde edades tempranas para que puedan tomarse las precauciones y recomendaciones necesarias que permitan preservar la dentición primaria en condiciones favorables, pues esto desempeña un importante papel para el desarrollo de la oclusión permanente. Así una oclusión dental ideal 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, tal como lo señala la Revista Latinoamericana de Ortodoncia (2010).

Ahora bien, se considera 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 tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada. No obstante, la presencia del algún tipo de hábito bucal no funcional, puede ser considerado como un obstáculo o interferencia en el desarrollo y equilibrio de estos sistemas. Vale la pena destacar que, por definición, un hábito es la facilidad que adquiere una persona para repetir una determinada actividad. En este sentido, los hábitos bucales son comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida, pero al no cumplir una función adecuada se definen como parafuncionales,

los cuales, se han reportado que su persistencia en el tiempo, puede conducir al desarrollo de una maloclusión. (María Clara Lema; 2013).

Cabe destacar, que en el desarrollo de una maloclusión pueden interferir una variedad de factores, entre los que se destacan los factores genéticos y ambientales. Dentro de estos últimos, se encuentran los hábitos bucales, que pueden alterar los tejidos blandos y, a su vez, influir en el desarrollo y crecimiento craneofacial. En un principio un hábito puede ser consciente y luego convertirse en inconsciente; algunos hábitos bucales son considerados fisiológicos o funcionales como la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, pero existen otros que son considerados no fisiológicos como la succión digital, la respiración bucal, queilofagia, entre otros.

Actualmente, aunque estos hábitos no representan un riesgo para la vida, sus consecuencias son un problema de salud pública. Las estadísticas a nivel mundial hablan de altos índices de maloclusión en la sociedad actual. En Estados Unidos entre un 40% y un 60% de los adolescentes presentan claros signos de maloclusión, siendo candidatos a tratamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (2014), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Latinoamérica tiene una situación preocupante al respecto, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85 % de la población; en Cuba, la prevalencia de maloclusiones asciende al 64 %. Específicamente en Venezuela las maloclusiones ocupan el segundo lugar en cuanto a problema de salud pública bucal en la población pediátrica, presentando una prevalencia de 47.9% según FUNDACREDESA (2010). Las estadísticas epidemiológicas del Ministerio de Salud y Asistencia Social (2010) demuestran que existen numerosos casos de pacientes que presentan maloclusiones y a su vez hábitos bucales, lo que afecta su estilo de vida, reflejándose mayormente en alteraciones de sueño, problemas digestivos, trastornos de la conducta, entre otras complicaciones que afectan considerablemente su salud.

Otra muestra de estudios relacionados con el tema de esta investigación es el realizado por estudiantes de odontología de la Universidad José Antonio Páez titulado “Relación de mordida abierta con la presencia de respiración bucal en niños que asisten a la clínica de ortopedia II de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo Julio 2011-Marzo 2012“, en el cual, se señala la relación entre mordida abierta y respiración bucal, evidenciándose que un 10.29% de los pacientes analizados en dicho estudio presentan mordida abierta, mientras que un 17,65% presentan respiración bucal, lo cual representa 38 pacientes en total, coincidiendo con los estudios realizados por Roldan y Cols (2011), cuando indican que existe relación significativa entre la respiración oral y la mordida abierta, de manera que existe una clínica de mordida abierta para los pacientes respiradores bucales.

En este mismo orden de ideas, todos los días acuden a consulta odontológica niños que presentan gran variedad de síntomas los cuales son importantes tomar en consideración, ya que la salud bucal de estos pacientes es indispensable para alcanzar su salud integral. Por lo cual, para cualquier odontólogo es necesario conocer el índice de pacientes que acuden a consulta odontológica presentando hábitos bucales. En este sentido, se observa que en la Universidad José Antonio Páez llegan diariamente a la clínica del niño y del adolescente una gran cantidad de pacientes pediátricos con la necesidad de ser atendidos, pero donde los hábitos bucales que presentan no son su prioridad, así como tampoco se le exige al estudiante erradicar dichos hábitos. Esto trae como consecuencia, que el paciente sea dado de alta sin siquiera tomar en cuenta la gravedad o la gran cantidad de consecuencias que la persistencia de dichos hábitos bucales va a traer a lo largo de su desarrollo maxilofacial. En base a estos planteamientos surge la necesidad de indagar sobre la prevalencia de todos aquellos hábitos bucales con los cuales los pacientes pediátricos acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez.

- **Formulación del problema**

¿Cuál será la frecuencia de los hábitos bucales en aquellos pacientes que acuden a la clínica del niño de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-2018 CR?

## **1.2 Objetivos de la Investigación**

### 1.2.1.- Objetivo General

Determinar la prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-II.

### 1.2.2.- Objetivos Específicos

- Registrar la presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 (2).
- Clasificar los diferentes hábitos bucales no fisiológicos según la edad y el sexo, en los pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 (2).
- Analizar la frecuencia de los tipos de hábitos bucales no fisiológico según la edad y el sexo, en los pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 (2).

## **1.3 . Justificación de la Investigación**

Las causas ambientales de maloclusión más importante, la constituyen los hábitos de larga duración que pueden alterar la función y equilibrio normal de dientes. Proffit en 1993 afirmó que existen factores externos que pueden afectar la situación de equilibrio en la que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas y que el efecto de una fuerza ambiental depende de su duración y no de su intensidad. Lo que significa que cualquier tipo de fuerza que no actúe de forma constante un

mínimo de unas seis horas sea cual sea la magnitud de la fuerza, no implicarán sobre la dentición porque no alterará la situación de equilibrio de los dientes. Una de las causas ambientales de maloclusión la constituyen los hábitos de larga duración que pueden alterar la función y equilibrio normales de dientes y maxilares.

Los hábitos bucales se clasifican como fisiológicos, tales como son la respiración nasal, habla, masticación y deglución, o bien, parafuncionales, tales como la succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo. En el caso de los niños se sabe que estos practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar. La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que aquellos que son 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. Es así que estos causan maloclusión dentaria, la cual es una afección del desarrollo bucofacial.

En esta investigación, se analizó la prevalencia de los hábitos en pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de La Universidad José Antonio Páez durante el periodo 2017-II, determinando así los hábitos específicos que influyen en la cavidad bucal y cuáles son las consecuencias de cada uno en específico.

Esta investigación tiene relevancia social y profesional ya que como se explicó anteriormente una de las causas de la maloclusión es la prevalencia de los hábitos bucales, por lo que este tipo de trabajo aporta información útil para los profesionales de la salud para poder realizar una odontología preventiva y no curativa. El mismo también está orientado hacia los estudiantes de la odontología, este le permite tener un mayor entendimiento de los hábitos y las consecuencias que estos generan en la cavidad bucal.

Por lo antes expuesto, se hace relevante esta investigación dado que los resultados obtenidos de esta permiten dar a conocer tanto a los padres, odontólogos, estudiantes y comunidad la existencia de los hábitos parafuncionales presentes en la población a analizar, ya que en muchas ocasiones estos pasan de manera desapercibida hasta que se genera una patología y de esta forma concientizar a la población de la importancia de la erradicación de los mismos para tener una adecuada condición bucal.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

El marco teórico es definido por Hernández, (2003), como aquel punto de la investigación que “implica analizar teorías, investigaciones y antecedentes que se consideran válidos para el encuadre del estudio”.

De esta manera, en esta parte de la investigación se hace el procedimiento de recopilación de información, teorías, doctrinas, estudios relacionados con el tema, así como las diferentes variables que mantienen relación con el mismo.

#### **2.1.- Antecedentes de la investigación**

Tal como lo describe Hernández, (2003), “están constituidos por aquellos estudios efectuados con anterioridad, que mantengan relación con el tema objeto de investigación y constituyan un punto de apoyo para que los investigadores fundamenten su proyecto”. En tal sentido, la revisión bibliográfica realizada permitió localizar algunos trabajos de grado que mantienen relación con el tema de investigación, cuyos datos más relevantes se presentan a continuación.

Zapata Dávalos (2013) Lima, Perú, con su estudio titulado “**Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusión dentarias en niños de 6 a 12 años en el colegio Los Educadores**”. Se planteó como objetivo general, determinar la prevalencia de los diferentes tipos de maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años en el colegio Los Educadores. Esta investigación contó con un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y clínico. Se utilizó una población conformada por estudiantes de 6 a 12 años del Colegio Los Educadores. Se determinó que existe mayor prevalencia de onicofagia (25,3%), como segundo hábito más frecuente la succión digital (18,2%) y el bruxismo en tercer lugar (12,3%). En porcentajes muy bajos se encuentra la deglución atípica, succión de la labio y respiración oral. De esta manera, dicho estudio aporta datos e información sustancial que se encuentran dentro de las variables de estudio y se pretenden destacar

con esta investigación, como los son la presencia de hábitos bucales de acuerdo a la edad de los pacientes que acuden a la Universidad José Antonio Páez.

Barragán Calderón (2013) México, en su estudio titulado **“Frecuencia de hábitos perniciosos y tipo de maloclusión de Angle y Dewey Anderson, en una población infantil de Iztapalapa”**. El propósito de este trabajo fue determinar la frecuencia de hábitos perniciosos e identificar el tipo de maloclusión presente en los escolares de la escuela primaria “Prof. Felipe López”. La presente investigación fue de tipo observacional, transversal y descriptiva. La población fue de todos los alumnos que asistieron a la escuela primaria “Prof. Felipe López” de la delegación Iztapalapa, del turno matutino, con edades comprendidas entre 6 y 11 años de edad y presencia de los cuatro primeros molares permanentes.

En cuanto a los resultados, se encontró que 128 escolares presentaron, ya sea uno o varios hábitos perniciosos, esto quiere decir que la frecuencia de hábitos perniciosos que se encontró en los escolares explorados fue de 46,5%. El hábito pernicioso que se encontró con mayor frecuencia fue la onicofagia, mientras que la succión labial se presentó con menor frecuencia. De la población que presentó hábitos perniciosos, el 53,12% (68) correspondió al género femenino y el 46,88% (60) al género masculino. La onicofagia y el bruxismo son más frecuentes en el género femenino, mientras que la succión digital se presentó con mayor frecuencia en el género masculino; los demás hábitos bucales se presentaron de manera similar en ambos géneros.

Esta investigación muestra como en una población existe mayor frecuencia de hábitos bucales en el sexo femenino y menor frecuencia en el sexo masculino lo cual, es una de las variables de la presente investigación y por lo tanto justifica y sustenta la realización de la misma.

Acardi, Karla (2016) Chile, ejecutó una investigación titulada **“Prevalencia de malos hábitos orales y su asociación con anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años. Comuna Dalcahue, Chile 2016”** cuyo objetivo principal fue determinar la prevalencia de malos hábitos orales y su asociación con anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años en la comuna Dalcahue, Chiloé. Se trató de una investigación de campo de abordaje cuantitativo, casos y controles. Se utilizó una muestra de 89 infantes de 3 a 6 años de la comuna de Dalcahue, dando como resultado que la prevalencia general de malos hábitos orales fue de 78,3%, el de mayor frecuencia fue la respiración bucal (48,3%), seguido de onicofagia (36%), interposición labial (30,3%), succión digital y succión mamadera (24,7% cada una), interposición de otro objeto (5,6%) y succión de chupete (3,3%), en esta investigación no se observaron valores estadísticamente significativos en la asociación de malos hábitos orales y anomalías dentomaxilares por lo que se llegó a la conclusión que existe una prevalencia de malos hábitos orales en niños de 3 a 6 años.

En este sentido, estos resultados son de interés para el presente estudio, por contener datos importantes sobre la prevalencia expresada en porcentaje de pacientes con presencia de diferentes hábitos bucales, representando estos aspectos variables a estudio de la investigación.

Gil y Rodríguez (2012) titulan su trabajo: **“Relación de los tipos de mordida abierta con la presencia de respiración bucal en niños que asisten a la clínica de ortopedia II de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo Julio 2011 – Marzo 2012”**. Dicho trabajo tuvo como objetivo general relacionar los tipos de mordida abierta con la presencia de respiración bucal en niños que asisten a la clínica de ortopedia II de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo Julio 2011 – Marzo 2012. Por el tipo de investigación que se desarrolló, se consideró la misma como descriptiva, correlacional, bajo la modalidad de campo, con un diseño transversal. Para este estudio, la población estuvo conformada por 136 niños en edades comprendidas de 5 a 12 años de edad que asistieron a la clínica de ortopedia II

de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo Julio 2011 – Marzo 2012 con patologías de mordida abierta y respiración bucal. Para la muestra se escogió el 100% de la población. Como instrumento de recolección de datos, se trabajó con la observación de historias clínicas.

Como resultados, en lo que respecta a la presencia de mordida abierta con respecto a la edad de los niños que asistieron a la clínica de ortopedia II de la Universidad José Antonio Páez, se observó que un 5,89% de los pacientes que presentaron mordida abierta se ubican en edades entre 5 y 7 años, seguidos con un 15,44% en edades que oscilan entre 8 y 10 años y 2,9% son mayores de 11 años; mientras que en lo que respecta a la respiración bucal, un 5,89% tienen edades entre 5 y 7 años, 15,44% se ubican entre 8 y 10 años y finalmente, 6,62% son mayores de 11 años.

Finalmente, en cuanto a la relación de mordida abierta con respiración bucal, se evidencia que un 10,29% de los pacientes presentan mordida abierta, mientras que 17,65% tienen respiración bucal, lo cual representa 38 pacientes en total, coincidiendo con estudios que indican existe relación significativa entre la respiración bucal y la mordida abierta anterior. Es así como dicho estudio resulta pertinente para la presente investigación ya que en él se reporta una de las numerosas consecuencias que trae consigo la presencia de hábitos bucales en los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad José Antonio Páez, siendo esto un dato importante para establecer comparaciones con los que se obtengan en el presente estudio.

## **2.2 Bases Teóricas**

Según Arias (2006), las bases teóricas están formadas por: “un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado”. Las bases teóricas son aquellas que permiten desarrollar los aspectos conceptuales del tema objeto de estudio. Es necesario por esto, la revisión de teorías, paradigmas o estudios

vinculados con el tema. A continuación, se presentan las bases teóricas que sustentan la presente investigación.

### **2.2.1 Hábitos bucales**

Es la facilidad que adquiere una persona para repetir una determinada actividad. Los hábitos bucales son comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida y se ha reportado que su persistencia en el tiempo puede conducir al desarrollo de una maloclusión.

### **2.2.2 Etiología de los hábitos bucales**

Graber (1972) atribuye su presencia a factores psicológicos relacionados con fallas en la alimentación materna del recién nacido, y sugiere que la prevención de hábitos bucales anormales se inicia con una adecuada alimentación por parte de la madre, en la cual el bebé pueda quedar satisfecho y gratificado. Del mismo modo, cuando la alimentación materna se suspende y se inicia la nutrición con biberón, este debe tener una forma fisiológicamente adaptable a la boca del bebé. La actividad muscular y kinésica correcta durante la succión, puede reducir la tendencia hacia hábitos bucales indeseables tales como succión digital, deglución infantil, entre otros.

### **2.2.3 Factores que modifican el grado de deformidad de un hábito**

- Intensidad del hábito:

Se clasifican en:

Poco 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.

- Frecuencia del hábito: Pueden ser intermitentes (diurno) o continuos (nocturno).
- Duración del hábito:

Por su duración pueden subclasificarse:

- Ü Infantil: (hasta 2 años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.
- Ü Pre-escolar: (2 a 5 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 ante de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos.
- Ü Escolar: (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueléticas.

#### **2.2.4 Clasificación de los hábitos bucales**

Se clasifican en 2 tipos:

- Ü Hábitos Fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución.
- Ü Hábitos No Fisiológicos: son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoesqueléticas, 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 del dedo, la respiración bucal, bruxismo y la deglución atípica.

## **2.2.5 Tipos de hábitos bucales**

### **Deglución**

Es una acción neuromuscular compleja (automática), que se logra por medio de fuerzas y movimientos sincronizados ocurridos dentro de la boca, la faringe, la laringe y el esófago, con interrupciones de la respiración, cuya finalidad es llevar el bolo alimenticio a la faringe. Muchos profesionales como odontólogos y fonaudiólogos, han aceptado una descripción de deglución normal en la cual los músculos de la expresión facial no se usan, los músculos de la masticación unen los maxilares y la lengua permanece confinada dentro de los arcos dentales, esta realiza un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás para transportar el bolo alimenticio.

### **Deglución infantil**

Se caracteriza por posicionar la lengua del niño debajo de pezón contactando el labio inferior y deglutiendo con los labios juntos y los maxilares separados. Este patrón es normal durante los primeros doce meses de vida, cuando la lengua se interpone entre los rebordes que se encuentran en mordida abierta. Si luego de este tiempo dicho patrón se hace persistente, se considera como hábito de deglución infantil.

### **Deglución normal**

En el proceso de la deglución normal se identifican cuatro etapas, las dos primeras corresponden a las etapas preparatoria oral y oral, ambas voluntarias; la tercera o faríngea, estaría bajo control reflejo y la cuarta o esofágica, bajo control somático y autonómico.

En la etapa preparatoria oral, el alimento es masticado y mezclado con saliva para formar un bolo alimentario cohesivo.

En la etapa oral el bolo es movido hacia las fauces dentro de la boca, se adosan los labios y se contrae la musculatura de la cavidad bucal.

Seguidamente se inicia la etapa faríngea. El reflejo de la deglución se desencadena en los pilares palatinos anteriores y la parte posterior de la lengua. Esta etapa dura aproximadamente un segundo o menos. Durante ella no hay pausa y ocurren varios fenómenos, coordinados todo bajo control de centros a nivel bulbar a través del nervio vago.

La etapa esofágica se inicia entonces con la relajación del esfínter cricofaríngeo y continua con el peristaltismo esofágico que permite el tránsito del bolo hacia el estómago.

### **Deglución atípica**

Es la protrusión de la lengua entre los incisivos o los segmentos bucales durante el acto de la deglución. Puede clasificarse como simple o complejo; en el simple existe una contracción de labios, músculos mentonianos y elevadores mandibulares; los dientes posteriores están en oclusión, la lengua se encuentra en protrusión, pero existe un engranaje cuspídeo preciso y seguro. En el complejo existe un empuje lingual y deglución con dientes separados, contracción en labios, músculos faciales y mentonianos, no hay contracción elevadores mandibulares y hay pobre adaptación e inestabilidad en engranaje cuspídeo.

### **Etiología de la deglución atípica**

1. Alimentación prolongada del bebé con biberón.
2. Amigdalitis constantes: el niño coloca la lengua hacia delante de manera instintiva para no sentir dolor en la garganta.
3. Algún desequilibrio en el control nervioso de la musculatura que afecta a los músculos de la masticación.
4. Niños con macroglosia, que dificulta el proceso de deglución.

5. Niños con lengua anquilosada que no pueden tragar bien la comida.
6. Niños que han perdido los dientes anteriores temporales de manera muy temprana. También los diastemas interincisales hacen que la lengua se coloque en medio.

### **Síntomas de deglución atípica**

Labios hipotónicos.

Se ha determinado un perfil facial característico de la persona con deglución atípica:

- Û Lengua descansando entre los dientes.
- Û Tendencia a la respiración bucal.
- Û Maxilar superior o inferior avanzado o retrasado.
- Û No realiza una deglución adecuada porque mastica con los dientes y no con los molares posteriores.
- Û Saca alimentos fuera de la boca y no degluten con tanta frecuencia.
- Û Realiza movimientos excesivos como: elevar la cabeza, contraer los labios excesivamente o hacer muecas o ruidos al tragar.

### **Consecuencias de la deglución atípica:**

- Û Mordida abierta en la región anterior y posterior.
- Û Protrusión de incisivos superiores.
- Û Presencia de diastema antero superiores.
- Û Labio superior hipotónico.
- Û Incompetencia labial.
- Û Hipertonicidad de la borla del mentón.

### **Tratamiento de la deglución atípica:**

El tratamiento de elección para la deglución atípica está representado por la terapia miofuncional, que consiste en una serie de ejercicios que tiene el objetivo de eliminar los esquemas neuromusculares de este hábito y fijar nuevos, enfocados en el establecimiento de un patrón de deglución fisiológico normal, rehabilitando la posición y función de los músculos de la lengua, labios, mejillas y del velo palatino.

**Reeducación de la posición lingual:** usar una pastilla de menta mini, en donde se le indica al niño que mantenga al mismo con la punta de la lengua en contacto con la zona de las rugosidades palatinas. Mientras mantiene así a la pastilla, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

Mientras el paciente educa su lengua y músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución se puede realizar tratamiento de tipo ortodónticos. Entre los dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional tenemos:

1. Los restrictores, que poseen como único objetivo el evitar, a través de "obstáculos", que la función incorrecta continúe y alteren la oclusión: rejillas o trampa lingual removible.

2. Los estimuladores, que están destinados a la resolución terapéutica del hábito: Perla de Tucat en un retenedor tipo Hawley, Pantalla Vestibular.

### **Tipos de Deglución Atípica:**

**Deglución atípica con interposición labial:** Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el

punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.

**Deglución con presión atípica de la lengua:** En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula, no muestran ninguna contracción.

La deglución con presión atípica de la lengua, se clasifica en:

- Ü Tipo I: no causa deformación.
- Ü Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos.
- Ü Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior.
- Ü Tipo IV con presión lingual anterior y lateral.

### **Succión**

La palabra succión según el diccionario de la lengua española y Larousse es la extracción de un líquido con los labios de una cosa siendo este un instinto reflejo, el cual se da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses. Se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido proporcionando que la boca se ponga a succionarlo. Los bebés aprenden este proceso dentro del útero de sus madres, al succionar y deglutir el líquido amniótico. Dicho aprendizaje se inicia a las 16 semanas de gestación, con la aparición del reflejo de deglución, y se completa más tarde, hacia las 20 semanas, con la aparición del reflejo de succión. La coordinación de la succión y la deglución es

necesaria para un buen funcionamiento de la lactancia, y la anatomía oral del bebé está diseñada para ello.

### **Tipos de succión durante la lactancia materna**

#### **Nutritiva y no nutritiva**

Los bebés realizan dos tipos de succión: la nutritiva y la no nutritiva. La succión nutritiva es la que utilizan para comer. Se trata de una succión profunda y rítmica que suele durar unos minutos y da paso a la succión no nutritiva, la que realizan hacia el final de la toma. No obstante, si la madre tiene un reflejo de eyeción de leche durante la toma y el bebé quiere más leche, volverá a realizar la succión nutritiva.

#### **Madura e inmadura**

La succión madura se caracteriza por un ciclo de 10 a 30 succiones sin pausas para respirar, puesto que el niño coordina a la perfección ambos procesos, succión-deglución y respiración. Una vez que el niño empieza a succionar, la lengua realiza movimientos peristálticos que desplazan el bolo de leche al esófago, momento en que se produce la deglución y el ciclo vuelve a empezar.

La succión inmadura se caracteriza por un ciclo de 3 a 5 succiones, seguido de una pausa de la misma duración en la que el bebé respira, ya que no es capaz de succionar y respirar al mismo tiempo de forma coordinada.

#### **Correcta o incorrecta**

La succión correcta es aquella que permite al bebé alimentarse de forma óptima y eficaz sin dañar al pecho ni provocar ningún tipo de molestias a la madre. Bien al contrario, la experiencia es agradable y placentera para ambos.

La succión incorrecta es aquella susceptible de causar problemas a la madre como dolor, traumatismos o infección y al bebé como poca ganancia de peso o irritabilidad.

### **Succión digital**

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en posicionar el pulgar u otros dedos dentro de la boca muchas veces durante el día y la noche, ejerciendo una presión definida al succionar.

Gesell (1943) opina que la succión digital es normal durante los primeros estadios de crecimiento del niño, Graber (1972) opina que la succión digital durante los primeros años de vida puede ocurrir sin presentar efectos dañinos. Si el hábito persiste, pero desaparece en los tres primeros años de vida, los daños ocasionados, tales como mordida abierta, serán generalmente temporales, teniendo en cuenta que la oclusión sea normal. Las deformaciones bucales tienden a ser más frecuentes cuando el hábito persiste más allá de los cuatro años.

### **Etiología**

Existen dos teorías del comportamiento que intentan explicar el origen del hábito de succión digital: teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual y teoría del aprendizaje. Ambas teorías suponen que alguna condición normal del desarrollo promueve el origen de este hábito.

La teoría psicoanalítica sostiene que esta respuesta original surge como un impulso psicosexual inherente a la persona. Freud sugiere que la succión digital es una estimulación erótica placentera de los labios y la boca y sostiene que la acción de succión digital es una actividad sexual.

La teoría del aprendizaje sugiere que la succión digital es una respuesta adaptativa. Por ejemplo, un bebé asocia la succión con sensaciones placenteras tales como hambre, ansiedad y estar sostenido en los brazos. Estos eventos serán

recordados y transferirán la succión al objeto más fácilmente disponible, esto es los dedos o el pulgar.

Posiblemente se debe hablar de una etiología en la cual estén comprometidas ambas teorías y por esto se podría decir que todos los niños normales poseen un impulso biológico, inherente, de succión.

### **Categorías para posicionar el dedo**

Existen 4 categorías descritas por Subtelny para posicionar el dedo. Estas son:

1. El pulgar entra en la boca considerablemente más allá de la primera articulación o nudillo. Este va a ocupar una gran porción de la bóveda del paladar duro presionado contra la mucosa palatina y el tejido alveolar. El incisivo inferior es presionado hacia el pulgar, o lo contacta.

2. El pulgar no va directamente al área de la bóveda del paladar duro, sin embargo, con frecuencia entra en la boca alrededor de la primera articulación o anterior a esta. Puede observarse contacto entre incisivos inferiores y el pulgar.

3. El pulgar pasa completamente a la cavidad oral y se aproxima a la bóveda del paladar duro como en el primer grupo, aunque este grupo varía de los otros en que el incisivo inferior no contacta el pulgar en ningún momento durante el proceso de succión.

4. El pulgar no progresa apreciablemente dentro de la boca. El incisivo inferior hace contacto a nivel de la uña.

### **Tipos de succión Digital:**

1. Succión del pulgar: Consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.

2. Succión de otros dedos: Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

### **Consecuencias**

#### **Efectos sobre el maxilar superior:**

1. Inclinación de los incisivos superiores.
2. Aumento de la longitud del arco superior.
3. Posicionamiento anterior de la base apical.
4. Aumento del ángulo SNA.
5. Aumento de la corona clínica de los incisivos.
6. Disminución de la amplitud palatina.
7. Reabsorción radicular atípica de los incisivos deciduos.
8. Aumento de la frecuencia de trauma en los incisivos superiores.

#### **Efecto sobre la mandíbula:**

1. Inclinación lingual de los incisivos inferiores.
2. Aumento de la distancia intermolar.
3. Posicionamiento distal del punto B.

#### **Efecto sobre las relaciones de los arcos:**

1. Disminución del ángulo interincisal.
2. Aumento del overjet.
3. Disminución del overbite.

4. Aumento en mordida cruzada posterior.

5. Aumento en maloclusión clase II.

### **Efectos sobre la función y posición de los labios:**

1. Aumento de incompetencia labial.

2. Aumento de la función del labio inferior por detrás de los incisivos superiores.

### **Otros efectos:**

1. Riesgo de salud psicológica.

2. Deformidad de los dedos.

3. Defectos de lenguaje.

### **Tratamiento**

Para realizar el tratamiento es importante tener en cuenta la edad del paciente; es necesario que sea lo suficientemente maduro para entender las consecuencias de un hábito persistente. La terapia no debe ser un castigo sino una ayuda, y es de vital importancia contar con la cooperación de los padres para un tratamiento exitoso. Se puede iniciar con terapias simples como recordatorios, bandas adhesivas en los dedos o guantes en ambas manos a la hora de dormir. Si dicha terapia no es efectiva, se puede iniciar con aparatología fija como la rejilla larga o un Quad Hélix con rejilla para pacientes que también tengan mordidas cruzadas por dicho hábito.

### **Succión de biberón**

La succión es una necesidad del bebé que se sacia a través de la alimentación materna o biberón, cuando ésta se realiza correctamente estimula toda la musculatura

facial y favorece el crecimiento armónico de la cara. En otros casos la succión puede ser favorable cuando estimula el crecimiento mandibular de niños con retrognatismo (poco crecimiento del maxilar inferior).

Por otro lado, la succión puede traer consecuencias cuando se prolonga más allá de los 18 meses de vida, llegando incluso a producir alteraciones a nivel oro-facial; en otros casos también puede producir alteraciones en la correcta unión entre dientes (oclusión dentaria).

### **Consecuencias de la succión de biberón:**

Maloclusiones dentales (alteración de la mordida).

Hipotonía de la musculatura orofacial (flacidez de los músculos faciales).

Alteraciones en el habla debidas a la disminución en la fuerza muscular oro-facial.

### **Tratamiento**

1. Terapia mio-funcional, activación de patrones musculares orofaciales por medio de masajes y ejercicios específicos, así mismo, regulación y eliminación del uso del biberón, utilización de otros utensilios y consecuencias alimenticias.

2. Aparatología.

### **Uso de chupones**

El uso de chupetes obedece a la necesidad de succión, la cual forma parte del funcionamiento saludable y esencial para el desarrollo de la mandíbula y la cavidad oral de acuerdo con la edad del niño. De esta forma, los chupetes son un apoyo importante durante este intervalo del desarrollo. Esta necesidad fisiológica de succión es más importante durante los 6 primeros meses de vida; después de esa edad, el uso del chupete tiende a ser un hábito que brinda sensación de seguridad.

De acuerdo con el rango de edad, el uso del chupete es más frecuente a la edad de tres años, resultado que concuerda con los hallazgos de Cepero. Aliboni encontró que los primogénitos usan menos chupete que aquellos que tienen hermanos. Asimismo, los padres que usaron chupete durante su infancia por tiempo prolongado, extienden su uso en sus hijos. Además, los niños que no usan el chupete pueden presentar otro hábito de succión: 33% dedo pulgar, 27% biberón, 13% una sábana o “trapito”, 3,7% otros elementos y 22,2% nada.

Al llevar a posición el chupete, la lengua es forzada hacia una posición inferior en la parte anterior de la boca, ejerciendo una presión lateral incrementada sobre los caninos y primeros molares inferiores. La falta de soporte palatino de la lengua resultará en un arco superior más estrecho, y la presión de la lengua ampliará el arco inferior. Estos cambios crean una desarmonía.

El uso del chupete aumenta 6 veces más la probabilidad de desarrollar maloclusiones; en pacientes que lo usan, se encontró un incremento en la maloclusión únicamente cuando estos dejan de usar el chupete después de los 2 años de edad, con una probabilidad de maloclusión 13,6 veces mayor. Se ha estimado que debe estar presente por lo menos 2 años para que tenga efecto en el maxilar, reduciendo la distancia intercanina, y 3 años para aumentar el ancho intercanino mandibular.

La Academia Americana de Pediatría recomienda retirar el chupete cuando el niño ya tiene un año, para evitar otros efectos adversos derivados de su utilización. Asimismo, ante la evidencia actual que sugiere una disminución del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, la Sociedad Pediátrica Canadiense señala que los chupetes no deben ser desaconsejados, e indica que su uso precoz debe alertar a los profesionales sobre dificultades en la lactancia, y recomiendan su empleo en las unidades de cuidados intensivos neonatales para la succión no nutritiva y el confort de los pretérminos y lactantes enfermos.

## **Respiración nasal normal**

Es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo, con un cierre simultáneo de la cavidad oral; se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro, en el momento de la inspiración la lengua se eleva y se apoya contra el paladar, produciendo un estímulo positivo para el desarrollo. Las fosas nasales limpian y calientan el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas.

## **Respiración bucal**

De acuerdo con la teoría funcional de Moss, la respiración nasal permite un adecuado crecimiento y desarrollo del complejo craneofacial y dentofacial. Los niños con respiración bucal tienen 10 veces más probabilidad de desarrollar una maloclusión en comparación con quienes respiran por la nariz; estos pacientes se muestran aperezados en las mañanas y pueden presentar un deficiente rendimiento escolar.

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse en: Obstrucción funcional o anatómica: Por hábito: es la respiración que a nivel de fosas nasales, presenta un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas, la presencia de adenoides hipertrófica, cornetes hipertróficos, tabique desviado e inflamación de la mucosa por infecciones o alergias; producen resistencia a la inhalación del aire por lo que el paciente debe completar las necesidades de forma oral. El individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminados, ya está establecido el hábito de respiración oral.

### **Etiología**

Su etiología es multifactorial (María Clara Lema; 2013), puede ir desde una obstrucción anatómica (hipertrofia de amígdalas palatinas, desviación del septum nasal, pólipos, hipertrofia de cornetes) hasta traumas nasales y rinitis alérgica.

La causa más común de la respiración bucal en la población pediátrica es la obstrucción nasal, específicamente la hipertrofia adenoidea. En los niños este fenómeno es importante debido a su influencia adversa en el crecimiento y desarrollo. La respiración bucal puede conducir a una fuerza labial de cierre debilitada, probablemente porque se mantienen los labios separados rutinariamente y no se ejercitan efectivamente los músculos periorales.

### **Consecuencias faciales del respirador bucal**

Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga).

Boca entreabierta. Nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas.

Labio superior corto, labio inferior grueso y con disminución en el tono.

Mejillas flácidas y apariencia de ojeras.

### **Consecuencias bucales del respirador bucal**

Mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral, acompañada de una moderada mordida abierta anterior.

Paladar alto u ojival. Retrognatismo del maxilar inferior.

Labio superior corto e hipotónico, labio inferior hipertónico.

Inclinación de los incisivos superiores o inferiores hacia adelante.

Maxilar superior estrecho, protrusión del maxilar superior.

Gingivitis crónica.

Incompetencia labial.

Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.

Perfil convexo.

## **Tratamiento**

El tratamiento del respirador bucal requiere un enfoque multidisciplinario: puede requerir tratamiento quirúrgico si la causa es obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etcétera); interconsulta con otorrino para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, entre otros; interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla; tratamiento ortodóntico con aparatos de disyunción.

## **Onicofagia**

La onicofagia hace referencia al hábito de morderse las uñas. Este es un hábito común y se observa tanto en niños como en adultos; se caracteriza por lesiones repetidas, es de tipo autodestructivo y agresivo. Se conoce como un hábito de transferencia de la succión del pulgar, ya que este tiende a ser abandonado durante el tercer año de vida. La necesidad de morder y comer incluso las uñas se vincula con un estado psicoemocional de ansiedad. Se observa en edades entre los 4 y 6 años; se estabiliza entre los 7 y 10 años; aumenta considerablemente durante la adolescencia; la incidencia se reduce cuando aumenta la edad.

## **Etiología**

La causa básica de la onicofagia es difícil de determinar, puede relacionarse con ansiedad, imitación y estrés.

## **Consecuencias**

Se pueden presentar desde consecuencias estéticas hasta las siguientes:

A nivel oral: apiñamiento, rotación, desgaste, fracturas, protrusión de incisivos superiores, destrucción periodontal de la zona anterior, problemas estomacales, onicomycosis y paroniquia.

En las uñas: el continuo mordisqueo crea microtraumas y heridas alrededor de la uña, que hacen que el dedo se inflame y duela y que no crezca la uña.

En articulación temporomandibular: disfunciones y trastornos.

### **Tratamiento**

Para los casos leves de onicofagia no se necesita tratamiento, mientras que para situaciones más graves el tratamiento debe involucrar la eliminación de los factores emocionales que induzcan el hábito. En algunos casos, un poco más de atención y la comprensión son suficientes. Se recomienda actividades al aire libre o actividades con las manos. Un enfoque multidisciplinario debe centrarse en los esfuerzos para contribuir a la autoconfianza y la autoestima del paciente.

### **Queilofagia**

Se define como un hábito nocivo de morderse los labios y los carrillos. Este hábito puede manifestarse en cualquier edad. Con frecuencia se acompaña de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o de ambos labios o borde bermellón. Por lo general se asocia con una protrusión labial de los incisivos superiores, y un desplazamiento lingual de los incisivos inferiores. Puede haber retracción o dehiscencia de la encía de los incisivos inferiores. Dicho hábito puede ser la consecuencia más que la causa de una maloclusión clase II división 1, y clínicamente se observa el surco mentolabial pronunciado.

El hábito de onicofagia puede contribuir a un desequilibrio muscular orofacial asociado con alteraciones en el crecimiento óseo, malposición dental y deformaciones dentofaciales. La manifestación de una maloclusión adquirida varía según el tipo, la localización, severidad, frecuencia y longevidad de la costumbre, pero la eliminación del hábito es fundamental para el tratamiento y la estabilidad futura.

Para este hábito se puede utilizar la bompereta labial, la cual inhibe la presión del músculo orbicular de los labios y del músculo mentalis, este recuperador de

espacio vestibulariza incisivos, aumenta longitud y ancho del arco, y alivia el apiñamiento en el arco inferior. Los resultados dependen de la posición del labio contra la bompereta, la altura del escudo labial y la duración de uso.

### **2.3.- Bases Legales**

En la constitución de la República Bolivariana de Venezuela se señalan los deberes que tanto el estado, sector salud y el individuo están en la obligación de hacer cumplir en cuanto a la salud y bienestar bio-psico-social. A continuación, se establecen los artículos referidos al área de la salud contemplados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000):

**Artículo 83:** La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantiza como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollarla políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho de protección a la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (pag29).

El estado está en el compromiso de atender las necesidades de salud de los ciudadanos y éstos a su vez están en el deber de exigir, defender el cumplimiento de sus derechos en cuanto a lo referente al área de salud, para así dar garantía a lo contemplado en el artículo.

**Artículo 84:** Para garantizar el derecho a la salud, el estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, rígido por

los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El estado está en el compromiso de atender las necesidades de salud de los ciudadanos y éstos a su vez están en el deber de exigir, defender el cumplimiento de sus derechos en cuanto a lo referente al área de salud, para así dar garantía a lo contemplado en el artículo.

El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son prioridad del estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud (pag29).

Establece constitucionalmente el sistema nacional de salud y los principios de participación de la comunidad organizada en el mismo, prohibiendo expresamente las privatizaciones en este ámbito. Es importante señalar que, uno de los principios que expresa es la equidad en donde todos los ciudadanos son tratados por igual, puesto que, no existe distingo en ninguna persona al momento de atender las necesidades de salud que presenten la ciudadanía.

Por otra parte, la Ley del Ejercicio de la Odontología (1970), rige todas las actuaciones en el quehacer odontológico, en cuanto a práctica es importante destacar:

**Artículo 2:** Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen

actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley su Reglamento. Los odontólogos certificados y avalados por una universidad reconocida son los responsables de prestar servicios profesionales a los ciudadanos en lo referente a la prevención y tratamientos relacionados con la cavidad bucal, además de estar autorizados para delegar funciones en los auxiliares, quienes deben estar debidamente capacitados.

De igual forma, en el capítulo III, de los deberes y derechos de los Odontólogos, se establece:

**Artículo 16:** Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades bucodentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran.

Establece el perfil que deben tener los profesionales de la odontología, quienes tendrán que estar capacitados para ofrecer un servicio de calidad a los pacientes para así mismo cubrir las necesidades bucodentales que pueden llegar a padecer.

**Artículo 17:** Al ofrecer sus servicios profesionales, el odontólogo deberá acatar las disposiciones que sobre el anuncio público de servicios odontológicos se establezcan en el Código de Deontología Odontológica. Los odontólogos están en la

obligación de cumplir con los artículos que dispone la ley para así ejercer sus funciones dentro del marco del código deontológico, así como también, de otras leyes.

La Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente establece:

**Artículo 41. Derecho a la salud y a servicios de salud.**

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. En el caso de niños, niñas y adolescentes de comunidades y pueblos indígenas debe considerarse la medicina tradicional que contribuya a preservar su salud física y mental.

**Parágrafo Primero.** El Estado debe garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad.

**Parágrafo Segundo.** El Estado debe asegurar a los niños, niñas y adolescentes el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación.

**Artículo 42° Responsabilidad de los Padres, Representantes o Responsables en Materia de Salud.**

Los padres, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños y adolescentes que se encuentren bajo su patria potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños y adolescentes.

#### **Artículo 43° Derecho a Información en Materia de Salud.**

Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tiene el derecho de ser informado de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo a su desarrollo. El Estado, con la participación activa de la sociedad, debe garantizar programas de información y educación sobre estas materias, dirigidos a los niños, adolescentes y sus familias.

#### **Artículo 48° Derecho a Atención Médica de Emergencia.**

Todos los niños y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia.

**Parágrafo Primero:** Todos los centros y servicios de salud públicos deben prestar atención médica inmediata a los niños y adolescentes en los casos de emergencia.

**Parágrafo Segundo:** Todos los centros y servicios de salud privados deben prestar atención médica inmediata a los niños y adolescentes en los casos de emergencia en que peligre su vida, cuando la ausencia de atención médica o la

remisión del afectado a otro centro o servicio de salud, implique un peligro inminente a su vida o daños graves irreversibles y evitables a su salud.

**Parágrafo Tercero:** En los casos previstos en los párrafos anteriores, no podrá negarse la atención al niño o adolescente alegando razones injustificadas, tales como: la ausencia de los padres, representantes o responsables, la carencia de documentos de identidad o de recursos económicos del niño, adolescentes o su familia.

**Artículo 49° Permanencia del Niño o Adolescente Junto a sus Padres, Representantes o Responsables.**

En los casos de internamiento de niños o adolescentes en centros o servicios de salud, públicos o privados, éstos deben permitir y asegurar condiciones para la permanencia a tiempo completo de, al menos, uno de los padres, representantes o responsables junto a ellos, salvo que sea inconveniente por razones de salud. Cuando sea imposible su permanencia, los padres, representantes o responsables podrán autorizar a un tercero, para que permanezca junto al niño o adolescente.

**Artículo 274° Omisión de Atención.**

El médico, enfermero o encargado de servicio de salud que omita atender a un niño o adolescente en situación de emergencia, a la que hace referencia el artículo 48 será penado con prisión de seis meses a dos años.

## 2.4.- Definición de Términos

**Bucodental:** se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

**Cavidad bucal:** Espacio irregular ubicado en la parte inferior de la cara. Se extiende desde los labios hasta la faringe. Se encuentra abierta hacia adelante a nivel del orificio b, y se comunica por detrás con la faringe por el istmo de las fauces. Los arcos gingivodentarios la divide en dos partes: una periférica o vestíbulo de la boca y la otra central.

**Deglución atípica:** La deglución atípica se define como aquellos movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral. La deglución atípica o “infantil”, no se trata de un estancamiento en un estadio evolutivo infantil previo, sino de una forma de deglutir anómala que puede ser consecuencia y causa de alteraciones anatómicas.

**Deglución:** un término con origen en el latín

**Oclusión:** Relación de contacto tanto estática como dinámica de las arcadas superiores e inferiores entre sí, que deben mantener una interrelación anatómica y funcional con respecto a los dientes con sus tejidos de sostén, a las articulaciones temporomandibulares y a la neuromusculatura.

**Onicofagia:** Hábito de comerse las uñas.

**Queilofagia:** Hábito a morderse los labios.

**Sistema estomatognático:** es el conjunto de órganos y tejidos que permiten las funciones fisiológicas de: comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir, sonreír incluyendo todas las expresiones faciales, respirar, besar o succionar.

**Succión:** Extracción de una cosa, generalmente un líquido, aspirándolo o absorbiéndolo con la boca o con un instrumento.

**Terapia miofuncional:** El conjunto de procedimientos y técnicas utilizados para la corrección del desequilibrio muscular orofacial, la creación de nuevos patrones musculares en la deglución, la creación de patrones adecuados para la articulación de la palabra, la reducción de hábitos nocivos y el mejoramiento de la estética del paciente.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1.- Consideraciones Generales**

El marco metodológico, es un proceso de investigación donde se va a realizar un análisis y estudio sobre cómo se estructurará el mismo, de igual forma los pasos que se deben seguir para su realización, es decir, en este se plasman los métodos utilizados para un adecuado desarrollo del estudio. Tamayo (2.000) lo define como:

Conjunto de métodos y/o pasos que sirven de fundamento para efectuar una investigación. A través de estos métodos se describirán cómo se recopilan los datos y cómo se analizan, lo cual conllevará a obtener conclusiones y alcanzar las metas propuestas en dicho estudio. (p.72).

Por lo antes expuesto el marco metodológico constituye un aspecto fundamental para el desarrollo de la investigación, ya que mediante el mismo se plasman las bases por las cuales se llegara a obtener la información necesaria para la investigación, con el objetivo de producir resultados considerables, óptimos, claros y precisos que nos darán un resultado certero y una solución al problema expuesto, por lo que es de vital importancia una determinación correcta del tipo de investigación, población y muestra, instrumentos de recolección de datos e información para lograr los objetivos propuestos en la investigación

#### **3.2 Diseño de la Investigación**

La realización del presente trabajo está basada en una investigación de campo retrospectiva no experimental, según Ramírez, S (1998) “La investigación de campo es aquel tipo de investigación a través del cual se estudian los fenómenos sociales en su ambiente natural”. (p.68). Para Tamayo, M (2003) “...se presenta cuando los datos

se reconocen directamente de la realidad, por lo cual su valor radica en que permite cerciorarse de las verdaderas condiciones de la situación problema” (p.38).

Por otra parte, La Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2006). Lo define como:

El análisis sistemático de problemas de la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y el factor constituyente, explicar sus causas y efectos o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas (...) de investigación conocidos. (p. 14).

Este tipo de investigación es importante ya que su principal objetivo es la recolección de datos directamente del hombre, sus necesidades y acciones sin controlar o manipular las variables presentes, esta investigación se realizará explícitamente donde existe la problemática, específicamente en este caso se realizará en la escuela de Odontología de La Universidad José Antonio Paéz.

En este trabajo se recopiló la información presente en la historia clínica realizada a los pacientes que acudieron a la Clínica del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Paéz, para esto se observó si se presentó algún hábito que considerar, tomando en cuenta las variables edad, sexo, antecedentes clínicos, epidemiológicos y procedencia.

### **3.3.- Tipo de Investigación**

El presente trabajo es una investigación de tipo descriptiva, Hernández (2003) define la investigación descriptiva como: “Él tipo de investigación que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.” (p. 119)

Se considera que es una investigación descriptiva ya que se debe caracterizar un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con la finalidad de establecer un comportamiento. Específicamente en esta investigación se buscará identificar las características epidemiológicas de la prevalencia de hábitos bucales en la Clínica del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo de Julio 2017 – Noviembre 2017.

### **3.4.- Nivel de la Investigación**

Arias (1999) define el nivel de investigación: “se refiere al grado de profundidad con que se aborda un objeto o fenómeno y puede ser exploratoria, descriptiva o explicativa” (p.19).

La presente investigación se realiza bajo un nivel explorativo el cual, según Arias (1999) “es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto poco conocido o estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto.” (p.19), debido a que es un tema escasamente tratado en el área clínica de la Escuela de Odontología y se busca ampliar los conocimientos de la población.

### **3.5.- Población y Muestra**

#### **3.5.1. Población**

Según Hurtado (2000), la población se define como “el conjunto de seres en los cuales se va a estudiar variable o evento, y que además comparten, como características comunes, los criterios de inclusión”

Para Balestrini (2006) la población “es un conjunto finito o infinito de personas, casos o elementos que presentan características comunes y que se relacionan directamente con la investigación y para las cuales serán válidas las conclusiones que se obtengan” (p.210).

En la presente investigación, la población está conformada por aquellas historias clínicas de niños en edades comprendidas entre 5 y 11 años que asistieron a

la Clínica del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo lectivo Julio de 2017 – Noviembre 2017.

### 3.5.2 Muestra

Según Sabino (1992) define la muestra como:

Parte del todo que llamamos universo y que sirve para representarlo. Tiene diferentes definiciones según el tipo de estudio que se esté realizando. Para los estudios cuantitativos, es más que un "subgrupo de población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población.

Para esta investigación, se seleccionaron aquellas historias clínicas de niños en edades comprendidas entre 5 y 1 años que acudieron a la Clínica del Niño y del Adolescente de La Universidad José Antonio Páez y que presentaran algún tipo de hábito bucal, durante el período Julio de 2017 – Noviembre 2017.

**Tabla de población y muestra.**

<b>Población</b>	<b>Muestra</b>
422	177

**Fuente:** Loggiodice, Silva (2018)

### 3.6.- Variables

La presente investigación contiene dos variables, los hábitos bucales presentes en los niños y adolescente que acuden a la clínica y la edad y sexo de los mismos.

### **3.7- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Para Méndez (2001) “Las fuentes son hechos o documentos a los que acude el investigador que le permiten obtener información y las técnicas son los medios empleados para recolectar la misma” (p.152). Asimismo, también explica que las fuentes secundarias son aquellas que han sido realizadas por otras personas tales como textos, revistas, documentos, prensa, entre otros; y las fuentes primarias es aquella información que es recopilada directamente por el investigador. Para la obtención y recopilación de información en el presente proyecto se utilizarán las historias clínicas.

Por lo antes expuesto en esta investigación como instrumentos de recolección de datos, se trabajará con la observación de las historias clínicas que permitirá conocer los antecedentes clínicos, familiares y epidemiológicos de aquellos niños que acudirán a la Clínica del Niño y del Adolescente de La Universidad José Antonio Páez, que presenten hábitos bucales, así como también la valoración que realicen los especialistas sobre los pacientes y que queden reflejados en la misma

Entre las técnicas que utilizamos en la presente investigación tenemos las siguientes:

#### **3.7.1.- Observación**

Tamayo (2004) dice que la observación

Hará referencia explícitamente a la percepción visual y se emplea para indicar todas las formas de percepción utilizadas para el registro de respuestas tal como se presentan nuestros sentidos.

Por lo antes expuesto el instrumento de recolección de datos será la historia clínica de donde se van a extraer las variables en estudio a través de una guía de

observación, recopilando los datos de los pacientes que acudan a la clínica y presenten prevalencia de hábitos.

#### 3.7.2.- Análisis

Se utilizará para la interpretación de los resultados obtenidos mediante una representación gráfica, donde se realizará un estudio de los eventos planteados en cada una de las características observadas en la historia clínica.

#### **3.8.- Técnicas de Procesamiento y Análisis de la Información**

Luego de la obtención de la información necesaria, se realizará la edición o revisión de los datos obtenidos, para así describir apropiadamente las características de los mismos, se realizará la tabulación de los datos los cuales se plasman mediante gráficas, tablas y otras herramientas estadísticas pertinentes.

#### **3.9.- Validez**

Para efectos de esta investigación ya que se está utilizando la historia clínica como instrumento de recolección de datos y es un instrumento estandarizado no se requiere validez.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En este capítulo se analizan, grafican e interpretan los resultados de la muestra seleccionada por las investigadoras presentando así los resultados para dar a conocer sobre el tema de interés.

Referente al análisis de los resultados, Arias (2012), expresa que esta sección “se definirán las técnicas lógicas o estadísticas que serán empleadas para descifrar lo que revelan los datos que se han escogido” (p, 36). En este caso, se presentan los datos en forma de tablas y gráficos circulares o torta, utilizados para la demostración de los resultados, los cuales se presentan de acuerdo a las dimensiones previstas y los objetivos planteados.

Una vez finalizado el proceso de recolección de datos a través de la revisión de las historias clínica de los pacientes que asistieron a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-2, se procedió a realizar un análisis donde se agrupó toda la información obtenida teniendo en cuenta el orden de los objetivos de la investigación con la finalidad de poder realizar una interpretación de la misma, ya que a su vez esta tiene un papel fundamental en las conclusiones de la investigación.

**Términos: FA:** Frecuencia Absoluta, **FR:** Frecuencia Relativa

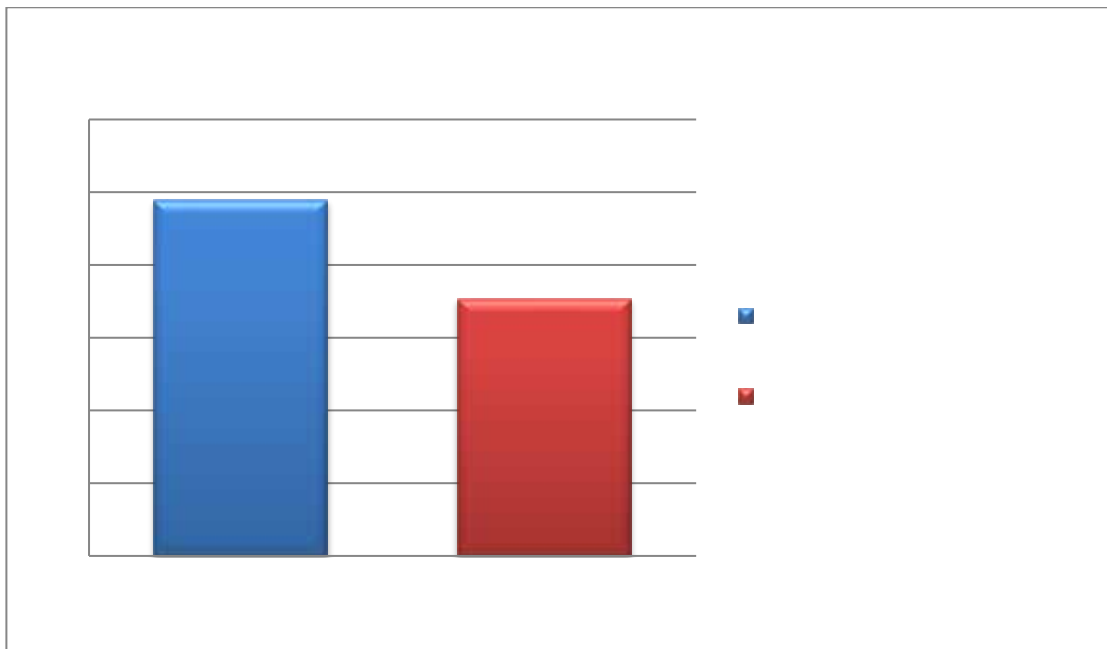
**Tabla 1.**

**Frecuencia de hábitos bucales no fisiológicos.**

Niños con ausencia de hábitos		Niños con presencia de hábitos	
FA	FR	FA	FR
245	58%	177	42%

Fuente: Loggioldice, Silva (2018)

**Grafico 1.** Representación gráfica de la población y muestra de pacientes con hábitos bucales no fisiológicos.



Fuente: Loggioldice, Silva (2018)

**Análisis e interpretación:** En este grafico podemos observar que la cantidad de historias clínicas de pacientes en presencia de hábitos bucales no fisiológicos que asistieron a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez (177 pacientes) fue mayor a los 128 pacientes con hábitos bucales obtenidos en la investigación de Barragán Calderón (2013) realizada en México, esta diferencia puede deberse a los diferentes instrumentos de medición y métodos que se utilizaron en cada estudio.

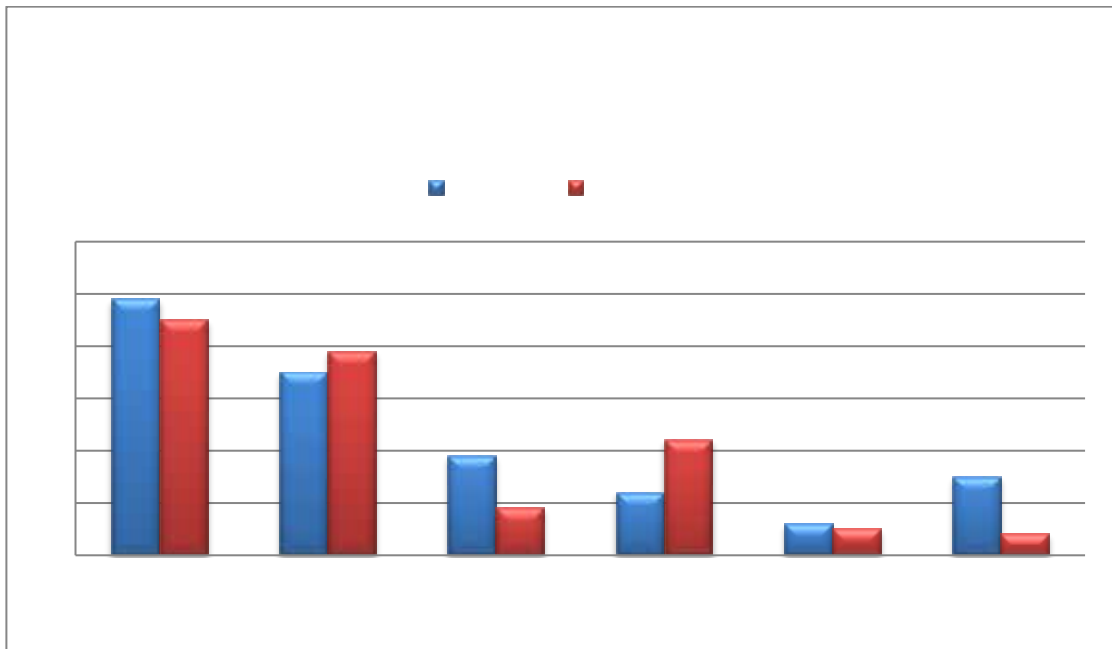
**Tabla 2.**

**Frecuencia de hábitos bucales no fisiológicos según la edad.**



Fuente: Loggiodice, Silva (2018)

**Grafico 2.** Representación gráfica de pacientes que presentan hábitos bucales no fisiológicos según la edad.



Fuente: Loggiodice, Silva (2018)

**Análisis e interpretación:** Con relación a la presencia de hábitos bucales no fisiológicos según la edad, los resultados obtenidos de las historias clínicas demuestran que, hay mayor frecuencia en edades comprendidas entre 5 y 7 años de edad. Por otra parte, si comparamos nuestra investigación con la de Gil y Rodríguez (2012), se puede observar que en ambas hay mayor prevalencia del hábito de respirador bucal en edades comprendidas entre 8 y 11 años de edad. Esta diferencia en las edades puede deberse al tipo de hábito en específico.

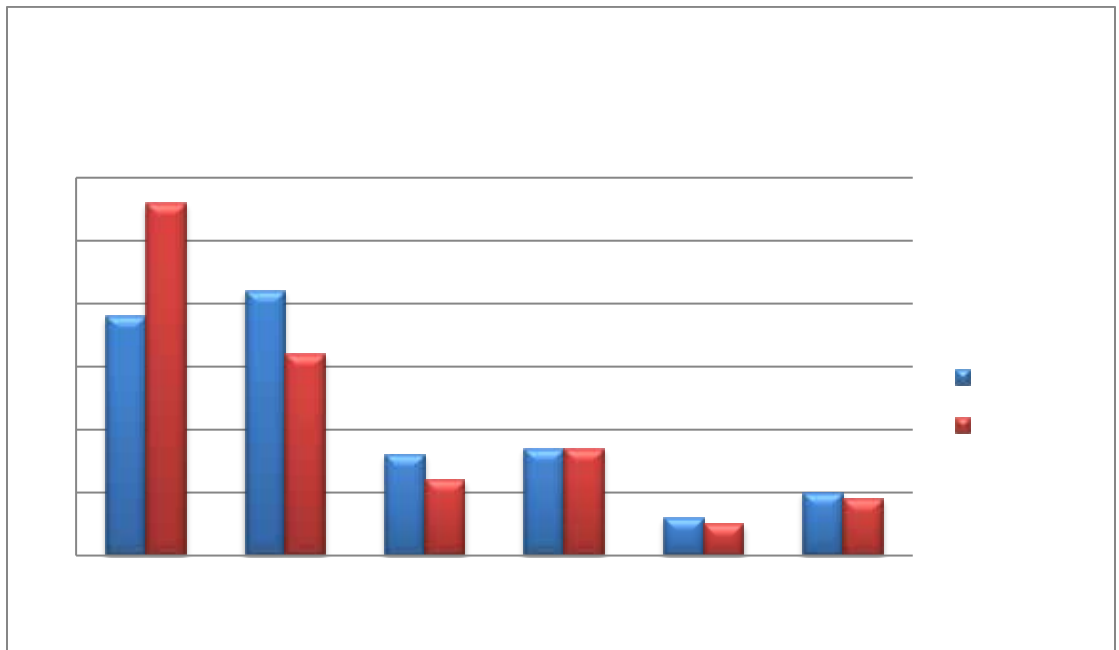
**Tabla 3.**

**Frecuencia de hábitos bucales no fisiológicos según el sexo.**



Fuente: Loggiodice, Silva (2018)

**Grafico 3.** Representación gráfica de pacientes que presentan hábitos bucales no fisiológicos según el sexo.



Fuente: Loggiodice, Silva (2018)

**Análisis e interpretación:** Con relación a la presencia de hábitos bucales no fisiológicos según el sexo, los resultados obtenidos a través de las historias clínicas demuestran que, existe una mayor frecuencia de hábitos en el sexo masculino. Todo lo contrario a lo demostrado por Barragán Calderón (2013) en su investigación donde había mayor número de pacientes con hábitos de sexo femenino (68 pacientes) y menor número de pacientes con hábitos de sexo masculino (60 pacientes).

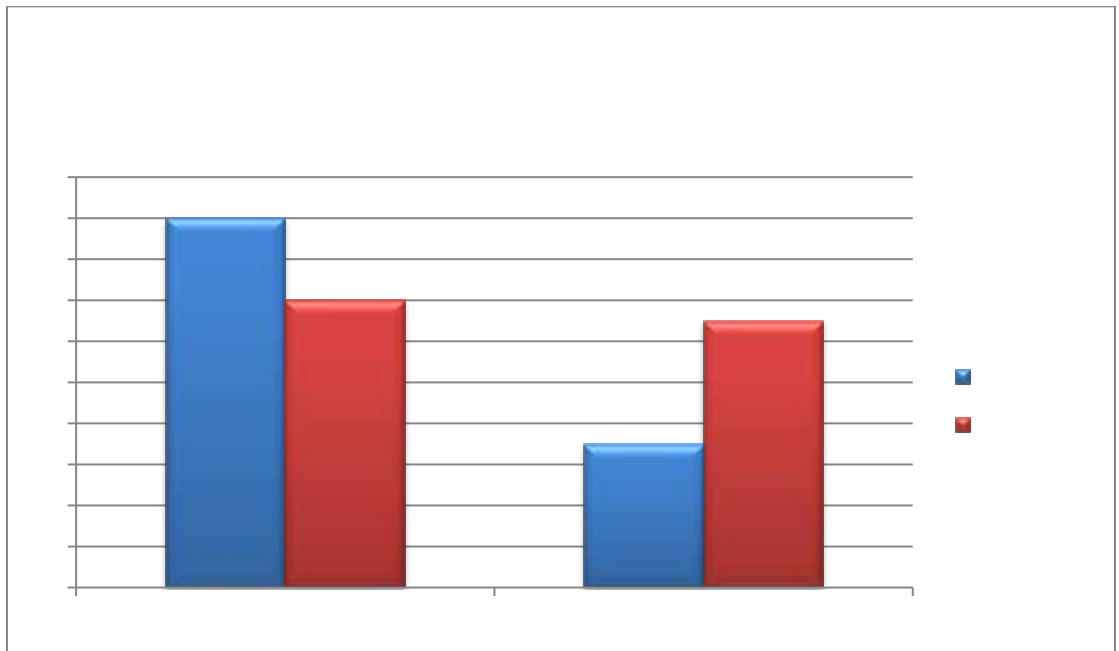
**Tabla 4.**

**Frecuencia de hábitos bucales no fisiológicos según la edad y el sexo.**

	Masculino		Femenino	
	FA	FR	FA	FR
5-7 años	70	51%	66	49%
8-11 años	59	48%	65	52%

Fuente: Loggiodice, Silva (2018)

**Grafico 4.** Representación gráfica de pacientes que presentan hábitos bucales no fisiológicos según la edad y el sexo.



Fuente: Loggiodice, Silva (2018)

**Análisis e interpretación:** Al establecer la prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos en edades comprendidas entre 5 y 7 años, se pudo observar en las historias clínicas mayor frecuencia de hábitos en el sexo masculino con un total de 70 pacientes, mientras que en edades entre 8 y 11 años, se observó mayor frecuencia de hábitos en el sexo femenino con 65 pacientes.

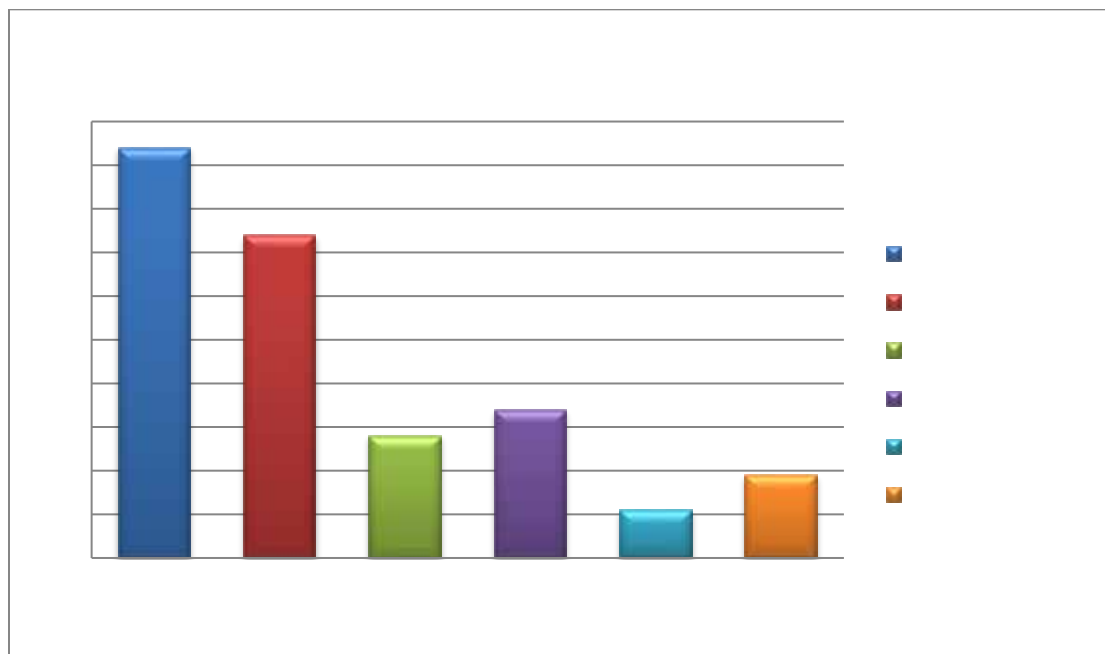
**Tabla 5.**

**Frecuencia de hábitos bucales no fisiológicos.**

Onicofagia		Respirador bucal		Succión Digital		Queilofagia		Chupón		Biberón	
FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
94	36%	74	29%	28	11%	34	13%	11	4%	19	7%

Fuente: Loggiodice, Silva (2018)

**Grafico 5.** Representación gráfica de pacientes que presentan hábitos bucales no fisiológicos.



Fuente: Loggiodice, Silva (2018)

**Análisis e interpretación:** A través del gráfico podemos observar que el hábito bucal no fisiológico con mayor frecuencia presente en las historias clínicas analizadas fue onicofagia con un total de 94 pacientes, este resultado concuerda con Zapata Dávalos (2013) y Barragán Calderón (2013), quienes también lo expresaron así con una prevalencia de 23.5%. Es importante señalar que Arcadi Karla (2016) encontró que la respiración bucal era el principal hábito bucal no fisiológico, con una prevalencia del 48.3%, mientras que este hábito ocupó el segundo lugar en nuestra investigación con un total de 74 pacientes. Ambos estudios coinciden en que los hábitos de chupón con 11 pacientes y biberón con 19 pacientes son los menos frecuentes.

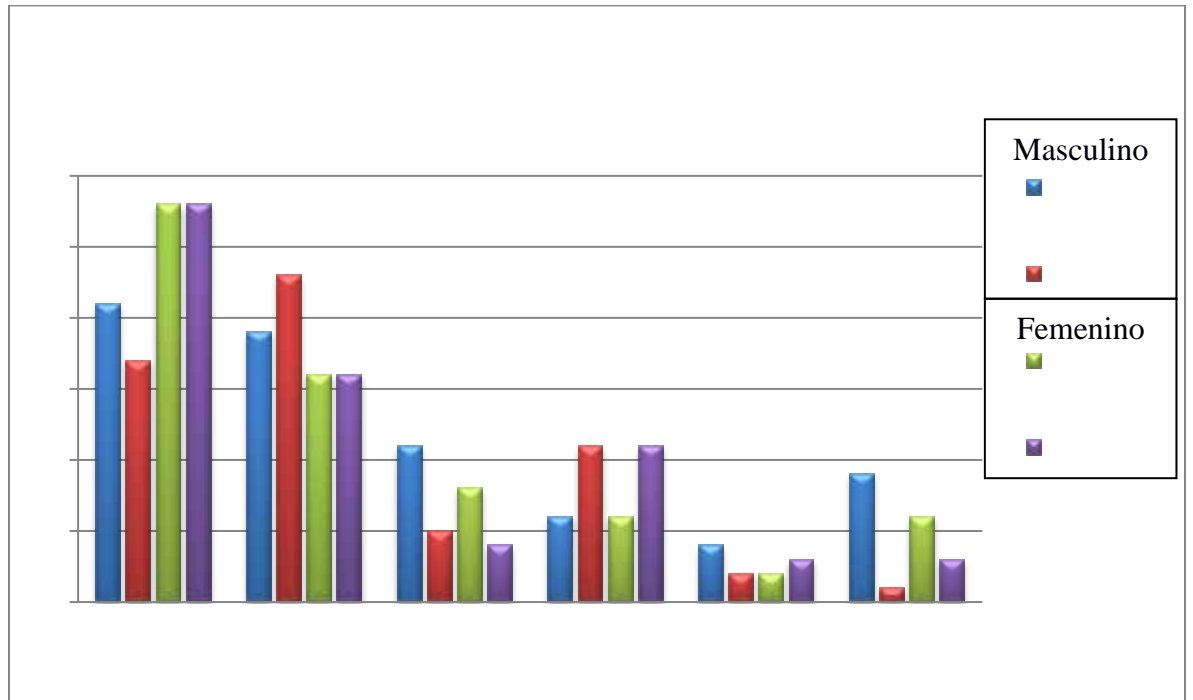
**Tabla 6.**

**Relación de la frecuencia de los hábitos bucales no fisiológicos según la edad y el sexo.**



**Fuente:** Loggiodice, Silva (2018)

**Grafico 6.** Representación gráfica de la relación de los hábitos bucales no fisiológicos en edad y sexo.



**Fuente:** Loggiodice, Silva (2018)

**Análisis e interpretación:** De acuerdo a la prevalencia del tipo de hábito según la edad y el sexo se encontró en las historias clínicas que, el hábito de onicofagia es más frecuente en el sexo masculino entre los 5 y 7 años de edad y en el sexo femenino se presenta igual ambas edades, el hábito de respiración bucal es más frecuente en el sexo masculino en edades entre 8 y 11 años de edad y en el sexo femenino igual en ambas edades, la succión digital se presenta con mayor frecuencia en ambos sexos entre los 5 y 7 años de edad, mientras que la queilofagia se presenta más a menudo entre los 8 y los 11 años en ambos sexos, los hábitos de chupón y biberón se presentan con mayor frecuencia entre 5 y 7 años en ambos sexos.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

En relación al primer objetivo planteado, el cual fue registrar la presencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 (2), se llegó a la conclusión de que de 422 historias clínicas analizadas que equivalen al 100%, en 177 de ellas se encontró presencia de hábitos, mientras que en 245 de ellas no había ningún hábito.

Con relación al segundo objetivo, que fue clasificar los diferentes hábitos bucales no fisiológicos según la edad y el sexo, en los pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 (2), se llegó a la conclusión que, según la edad, es más frecuente observar hábitos en pacientes entre los 5 y 7 años, y según el sexo, hay más prevalencia en el sexo masculino.

Y, por último, con relación al tercer objetivo que fue analizar la frecuencia de los tipos de hábitos bucales no fisiológico según la edad y el sexo, en los pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017 (2), se concluyó que, en el sexo masculino el hábito de onicofagia es más frecuente entre los 5 y 7 años mientras que en la respiración bucal es más frecuente entre los 8 y 11 años, ambos hábitos se presentan con igual frecuencia en el sexo femenino en ambas edades. Los hábitos de succión digital, chupón y biberón se presentan con mayor frecuencia en edades entre 5 y 7 años tanto en el sexo femenino como masculino. El hábito de queilofagia se presenta entre los 8 y 11 años en ambos sexos.

De esta manera, a través del presente estudio se recomienda:

- Diagnosticar correctamente la presencia o no de hábitos bucales no fisiológicos para así evitar la alta prevalencia de estos en edades más avanzadas, brindándole al paciente una atención integral e información completa a los padres o representantes del tratamiento de estos.
- Enseñar de forma personal a los padres que acuden a consulta, todas aquellas funciones fisiológicas normales, para que ellos puedan distinguir aquello que representa una alteración de la función fisiológica.
- Al tratar con algún paciente que presente algún hábito bucal no fisiológico, es muy importante analizar el estado emocional de éste, para así determinar cuál es el verdadero origen del hábito y poder elaborar un plan de tratamiento con la colaboración del especialista.
- De igual forma se recomienda establecer en el área clínica del Niño y del Adolescente, cualquier tipo de medida para erradicar cualquier hábito que presente el paciente. Se sugiere, establecer una meta a corto plazo para romper el hábito, no criticar al niño si el hábito continúa, ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.
- Realizar una investigación donde se incluya un cuestionario, en el cual se pueda identificar la duración, frecuencia e intensidad del hábito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo O., Rosell C., Mora C., Padilla E., (2005) *Hábitos Bucales Deformantes en niños de 5 a 11 años*

Agurto P., Díaz R., Cádiz O., Boberietth (1999) *Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago*

Avilés, Huitzil, Fernández, Vierna. (2011). *Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico.*

Bayardo RE, Mejias JJ, Orozco S, Montry K. (1995) *Los Malos Hábitos Orales en niños.*

Boj Varios, J. R. (2004). *Odontopediatria* (Vol. 1). Barcelona, España: Masson.

Finn Sidney. (1976). *Odontología Pediátrica. Interamericana.*

Guedes Pinto Antonio Carlos. (2003) *Rehabilitación Bucal en Odontopediatría – Atención Integral.* Amolca.

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Hurtado (2000) *Metodología de la Investigación* 1era Edición Caracas, Venezuela: Editorial Sypal

Laboren, Medina, Viloría, Quirós, D'Jurisic, Alcedo, Molero, Tedaldi. (2010, julio). *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.* [En línea]. Obtenible en <https://www.ortodoncia.ws>

Lugo C, Toyo I. (2011) *Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes y Cómo Influyen en Las Maloclusiones.* *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [página web en Línea]. Disponible:

Muñoz Razo, C. (1998). *Como Elaborar y Asesorar una Investigación de Tesis* (Vol. 1). Ciudad de México, Naucalpan de Juárez, México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.

Navas (2012). *Fonoaudióloga con entrenamiento en Deglución y Terapia Miofuncional*.

Organización Mundial de La Salud. (4 de Abril de 2012). *Salud Bucodental*. Obtenido de Organización Mundial de La Salud:

Padró (2013). *La succión y la deglución durante la lactancia materna*.

Parra, García, Álvarez. (2013, febrero 12). *Hábitos orales comunes: revisión de literatura*. [En línea]. Disponible en file:///C:/Users/Marco/Downloads/434-912-1-PB%20(6).pdf

Real Academia Española. (5 de Marzo de 2007). *Real Academia Española*. Obtenido de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=6CR25yq>

Sabino (1992). *El Proceso de la Investigación. Libro Digital*. Disponible en <http://paginas.ufm.edu/Sabino/PI.htm>.

UPEL (2006). *Manual de Trabajos de Grado. Normas UPEL*. Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

Zapata Dávalos, M. J. (20 de Marzo de 2013). *Prevalencia de Hábitos Bucales y su Relación con Maloclusiones Dentarias en niños de 06 a 12 años en el Colegio los Educadores*. Lima, Lima, Perú.

## **ANEXOS**

Objetivo	Definición operacional	Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Determinar la prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos en los pacientes que acuden a la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-II.	Se consideran hábitos no fisiológicos a aquellos que ejercen fuerzas perniciosas sobre los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los que se encuentran la respiración oral, succión digital, queilofagia y onicofagia.	Presencia de hábitos bucales no fisiológicos.	Habito oral no fisiológico	Presente Ausente	A B
		Edad y sexo de los pacientes que presentan hábitos bucales no fisiológicos.	Edad	5-7 años 8-11 años	C
			Sexo	Femenino Masculino	D
		Tipo de hábito oral no fisiológico que presenta el paciente.	Tipo de habito según la edad y el sexo	Respirador bucal Succión digital Queilofagia Onicofagia Chupón Biberón	E





- c) Número de embarazos: \_\_\_\_\_  
 d) Tiempo de embarazo: \_\_\_\_\_  
 e) Parto: \_\_\_\_\_  
 f) Peso y medida del recién nacido: \_\_\_\_\_

✓ **Lactancia:**

- a) Materna: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ meses.  
 b) Artificial: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ meses.  
 c) Ablactación: Desde \_\_\_\_\_ meses.

✓ **Paciente:**

- a) Padece de alguna enfermedad como:  
 Alergias  Asma  Convulsión  Fractura  Hernia  
 Traumatismo  Alteración respiratoria  Alteración neurológica  
 Alteración ocular  Alteración auditiva  Alteración renal  
 Alteración dermatológica  Cirugía, Hospitalización  Otros.

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b) ¿Esta bajo tratamiento médico en la actualidad?: \_\_\_\_\_

c) Visita al Odontólogo Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Motivo de consulta: \_\_\_\_\_  
 Comportamiento en la consulta: \_\_\_\_\_

d) **Inmunizaciones:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> BCG               | <input type="checkbox"/> Antineumococo     | <input type="checkbox"/> Antiamarilica    |
| <input type="checkbox"/> Polio             | <input type="checkbox"/> Antivaricela      | <input type="checkbox"/> Antiinfluenza    |
| <input type="checkbox"/> Pentavalente      | <input type="checkbox"/> Triple Bacteriana | <input type="checkbox"/> Trivalente viral |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A       | <input type="checkbox"/> Hepatitis B       | <input type="checkbox"/> Antimeningitis   |
| <input type="checkbox"/> Toxoides tetánico | <input type="checkbox"/> Antirotavirus     | <input type="checkbox"/> Bivalente viral  |

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

e) **Desarrollo Psicomotor:**

Sedestación: \_\_\_\_\_ meses. Bipedestación: \_\_\_\_\_ meses.  
 Caminó: \_\_\_\_\_ meses. 1<sup>er</sup> diente: \_\_\_\_\_ meses.  
 1<sup>er</sup> palabra: \_\_\_\_\_ meses.

f) **Hábitos:**

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Succión Digital | <input type="checkbox"/> Respirador bucal | <input type="checkbox"/> Biberón     |
| <input type="checkbox"/> Chupón          | <input type="checkbox"/> Onicofagia       | <input type="checkbox"/> Queilofagia |
| <input type="checkbox"/> Geofagia        | <input type="checkbox"/> Enuresis         | <input type="checkbox"/> Golosinas   |

Observaciones: \_\_\_\_\_

g) **Dieta:** Balanceada  Hidrocarbonada  Deficiente

Meriendas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, C.I.: V. \_\_\_\_\_ mayor de edad, representante del niño (a), \_\_\_\_\_ en la Universidad José Antonio Páez, doy mi consentimiento para el llenado de la Historia Clínica, la toma de fotografías, placas radiográficas, el estudio de modelos, las pruebas microbiológicas para determinar la actividad de caries, exámenes de laboratorio y complementarios, con la finalidad de llegar al diagnóstico que permita la realización y aplicación de un plan de tratamiento para solucionar el problema que presenta mi representado (a).

Entiendo que esta recolección de datos forma parte de un estudio integral realizado por el bachiller \_\_\_\_\_ a fin de que presente el caso clínico a los docentes de Clínica del niño y Adolescente I para determinar el diagnóstico definitivo y darle la orientación adecuada en la aplicación del plan de tratamiento.

Entiendo que la participación de mi representado en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo considere necesario, sin que ello implique algún tipo de represalia. Así mismo se que el seguimiento de este estudio puede ser expuesto en conferencias, congresos por el bachiller tratante con motivo de docencia, servicio e investigación.

Igualmente, estoy conciente que los resultados del estudio del caso clínico me serán proporcionados si los solicito, y que el bachiller \_\_\_\_\_ Es la persona que debo buscar si tengo alguna pregunta acerca del tratamiento o sobre mis derechos como participante, y que lo puedo localizar por el número telefónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Bachiller

\_\_\_\_\_  
Representante

\_\_\_\_\_  
Testigo

Valencia, \_\_\_\_\_