

TOCa
0125

**EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE HÁBITOS BUCALES NOCIVOS DIRIGIDO A PADRES DE
FAMILIA, DOCENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD PARA LOS NIÑOS EN EDAD
PREESCOLAR DE LOS ESTRATOS 3 - 4 EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI**



LINA MARGARITA OCHOA GUTIÉRREZ

PATRICIA AGUDELO CAÑAS

HAROLD PUERTA CASTAÑEDA

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI**

2003 - I

**EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE HÁBITOS BUCALES NOCIVOS DIRIGIDO A PADRES DE
FAMILIA, DOCENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD PARA LOS NIÑOS EN EDAD
PREESCOLAR DE LOS ESTRATOS 3 – 4 EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI**



LINA MARGARITA OCHOA GUTIÉRREZ

PATRICIA AGUDELO CAÑAS

HAROLD PUERTA CASTAÑEDA

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO GENERAL**

**Asesor Metodológico
Dra. Blanca Acosta**

**Asesor Científico
Dr. Carlos Arturo Henao**

**Asesor Estadístico
Dr. Héctor Fabio Mueses**

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA

SANTIAGO DE CALI

2003- I

Nota de aceptación

Aprobado por el Comité de Trabajos de
Grado en cumplimiento de los requisitos
exigidos por Colegio Odontológico
Colombiano para otorgar el título de
Odontólogo(a)

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

A Dios, por darme la fortaleza para vencer todos los obstáculos.

A mis padres Leonardo y Josefina, por su entrega, paciencia y comprensión en todo el transcurso de mi vida y mi carrera.

A Camilo, Ferney, Rosalba y Angélica, por su apoyo y colaboración.

A Hortensia, Elba y José por su ayuda incondicional.

A Luisa María por ser el retoño de nuestra felicidad.

A Vladimir por su respeto, amor y ternura.

A toda mi familia, por ser ellos mi motivación para siempre salir adelante.

A todos ellos gracias y mil bendiciones

Lina Margarita Ochoa Gutiérrez

A Dios, por darme la fortaleza para vencer todos los obstáculos.

A mi mamá, Mery por apoyarme en el transcurso de mi vida y mi carrera.

A Ángela, por brindarme su apoyo, comprensión y cariño.

A William, por apoyarme en momentos difíciles y motivarme a seguir siempre adelante.

A todos ellos, muchas gracias.

Patricia Agudelo Cañas

A Dios, por darme la fortaleza para vencer todos los obstáculos.

A mis tías, Roció y Esther por ayudarme a construir mi vida como profesional.

A James y Gladis por su colaboración y ayuda.

A Lucia por su gran apoyo y por confiar en mis capacidades.

A todos ellos les debo de todo corazón la realización en el campo personal y profesional.

Harold Puerta Castañeda

AGRADECIMIENTOS

A todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este trabajo de grado, en especial a nuestro asesor científico Dr. Carlos Arturo Henao, a nuestro asesor metodológico Dra. Blanca Lucía Acosta, a nuestro asesor estadístico Dr. Héctor Fabio Mueses, a los colegios y jardines infantiles quienes contribuyeron con nuestro trabajo investigativo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	21
1.2 JUSTIFICACIÓN	22
1.3 OBJETIVOS	23
1.3.1 Objetivo general	23
1.3.2 Objetivos específicos	23
2. MARCO CONCEPTUAL	25
2.1 HÁBITOS BUCALES	25
2.2 CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS BUCALES	26
2.2.1 Hábitos de succión	27
2.2.1.1 Succión digital	28
2.2.1.2 Succión de chupete o pacificador	31
2.2.2 Queilofagia-hábitos labiales	32
2.2.3 Respiración bucal	33
2.2.4 Deglución atípica	35
2.2.5 Onicofagia	36
2.2.6 Bruxismo	38
2.2.7 Dislalias	40
2.3 ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y SU RELACIÓN CON HÁBITOS ORALES	43
2.4 DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN	43
2.4.1 Desarrollo de la oclusión-dentición primaria	43

2.5 MALOCCLUSIONES	44
2.5.1 Prognatismo	46
2.6 ELIMINACIÓN DE HÁBITOS BUCALES	47
2.7 IMPORTANCIA DE MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA DENTICIÓN PRIMARIA	48
2.8 CONDUCTA Y MANEJO DEL PACIENTE NIÑO	49
2.9 PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LAS CANDIDIASIS ORALES EN PACIENTES CON HÁBITOS NOCIVOS	49
3. DISEÑO METODOLÓGICO	50
3.1 HIPÓTESIS	50
3.2 TIPO DE ESTUDIO	50
3.3 UNIVERSO	50
3.4 POBLACIÓN	50
3.5 MUESTRA	51
3.6 CRITERIOS DE SELECCION	51
3.6.1 Criterios de inclusión	51
3.6.2 Criterios de exclusión	51
3.6.3 Criterios de discontinuación o retiro	51
3.7 VARIABLES	52
3.7.1 Cuantitativas	52
3.7.2 Cualitativas	52
3.7.3 Características a medir	52
3.8 FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS	53
3.8.1 Instructivo	56
3.8.2 Prueba de calibración	59
3.9 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO O PRUEBA PILOTO	60
3.10 CONSIDERACIONES ETICAS	61
3.10.1 Consentimiento informado	64

3.11 RECURSOS	66
3.11.1 Recursos humanos	66
3.11.2 Recursos físicos	66
3.11.3 Recursos financieros	67
3.12 CRONOGRAMA	68
3.12.1 Cronograma prueba piloto	68
3.12.2 Cronograma trabajo de campo	69
4. RESULTADOS	90
4.1 Calculo de validez de las pruebas. índice de concordancia(acuerdo)	92
5. DISCUSIÓN	114
6 CONCLUSIONES	115
7 RECOMENDACIONES	116
8 BIBLIOGRAFÍA	117

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Erupción dentaria temporal en forma cronología	44
Tabla 2. Recursos humanos	66
Tabla 3. Recursos físicos	66
Tabla 4. Recurso financieros	67
Tabla 5. Cronograma prueba piloto	68
Tabla 6. Cronograma trabajo de campo	69
Tabla 7. prueba de validación de índice de Kappa	92

LISTA DE FOTOS

	Pág.
Foto 1. Paciente de tres años y medio con habito de succión digital	29
Foto 2. Mordida abierta anterior por succión digital	30
Foto 3. Queilofagia	33
Foto 4. Respiración bucal	35
Foto 5. Onicofagia	37
Foto 6. Bruxismo	39
Foto 7 Examen clínico	60

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Relación de estratos	93
Figura 2. Edad de los niños	93
Figura 3. Sexo de los niños	94
Figura 4. Comportamiento Aprehensivo	94
Figura 5. Comportamiento Tímido	95
Figura 6. Comportamiento introvertido	95
Figura 7. Comportamiento Agresivo	95
Figura 8. Comportamiento Extrovertido	96
Figura 9. Relación de comportamiento	96
Figura 10. Conocimiento de Hábitos Bucales	97
Figura 11. Conocimiento de Hábito Nocivo	97
Figura 12. Conocimiento de Hábito Pernicioso	98
Figura 13. Onicofagia	98
Figura 14. Succión Digital	99
Figura 15. Mordedura de Lengua	99
Figura 16. Respiración Bucal	100
Figura 17. Uso de Chupón	100
Figura 18. Mordedura de Labio	101
Figura 19. Bruxismo	101
Figura 20. Información de hábitos Bucales	102
Figura 21. Tratamiento de Hábitos Bucales	102

Figura 22. Prevención de Hábitos Bucales	103
Figura 23. Competencia Labial	103
Figura 24. Simetría Facial	104
Figura 25. Perfil	104
Figura 26. Forma de Paladar	105
Figura 27. Desgaste Dentario	105
Figura 28. Mal posiciones Dentarias	106
Figura 29. Relación de Mal posiciones	106
Figura 30. Espacios de Crecimiento Superior	107
Figura 31. Espacios de Crecimiento Inferior	107
Figura 32. Relación de Espacios de Crecimiento	108
Figura 33. Espacios de Primate Superior	108
Figura 34. Espacios de Primate Inferior	109
Figura 35. Comparación de Espacios de Primate	109
Figura 36. Relación Canina	110
Figura 37. Relación Molar	110
Figura 38. Variable de Maloclusión	111

GLOSARIO

ADENOIDES: hipertrofia del tejido ganglionar existente en la rinofaringe que se presenta en la mayoría de los casos en niños.

ALERGIA: modificación de la reactividad de un organismo por contacto previo con una sustancia extraña llamada alérgeno.

ANOMALÍA CONGÉNITA: defecto del desarrollo intrauterino de múltiples etiologías y con múltiples manifestaciones que ocurren secundariamente principalmente en el primer trimestre de embarazo.

ARTICULACIÓN: unión de dos miembros en el cuerpo que permite su movimiento relativo.

ASMA: enfermedad causada por la contracción espasmódica de los bronquios caracterizada por accesos de respiración dificultosa generalmente de noche, sin fiebre y sin expectoración.

BRUXISMO: rechinar o frotamiento de los dientes, es un estado no funcional.

DEGLUCIÓN: paso de los alimentos de la boca al estómago, donde el bolo alimenticio recorre boca, laringe, esófago, hasta llegar al estómago.

DISFAGIA: dificultad para deglutir.

DISFUNCIÓN: alteración cualitativa o cuantitativa de una función orgánica.

DISLALIAS: dificultad de articular las palabras.

INCLUSIÓN: estructura normal o patológica que se encuentra en el interior de las células y que Resulta de sus procesos metabólicos.

OBSTRUCCIÓN NASAL: obliteración de un vaso o conducto del organismo; en este caso las fosas nasales.

ONICOFAGIA: hábito de morderse las uñas.

ORTOPEDIA: arte de corregir o de evitar las deformaciones del cuerpo humano, por medio de ciertos aparatos o de ejercicios corporales.

OTITIS: proceso inflamatorio del oído en cualquiera de sus tres sectores.

OTORRINOLARINGOLOGÍA: rama de la medicina que estudia las afecciones de oído, nariz y garganta.

QUEILOFAGIA: se refiere a la mordedura de labios y carrillo.

RESUMEN

Uno de los problemas que afecta a la sociedad es el desconocimiento de algunos patrones de conducta que pueden estar afectando la salud; En este caso la sociedad odontológica es un ente integrado a las familias y personal encargado de la educación de los hijos inmersos en ellas para revelar estas disfunciones. Este estudio tiene como objetivo el elaborar un manual didáctico-educativo, a través del cual se le proporcione conocimiento y formación a los padres de familia y educadores e infantes para descubrir o prevenir anticipadamente cualquier hábito bucal nocivo que el niño esté adquiriendo, hallando maneras de tratarlo y controlarlo, siendo la comunidad un elemento participativo importante en este proceso.

Se utilizó un formulario recolector informativo, que da cuenta de los vacíos con referencia al tema (hábitos bucales nocivos), en padres de menores que cuentan con tres a cinco años de edad, estudiando en sesenta jardines infantiles en un estrato socioeconómico tres y cuatro de la ciudad de Santiago de Cali durante el año 2002-2003.

Se observó que la succión digital es el hábito bucal más proliferante en esta muestra seleccionada, por encima de onicofagia, bruxismo y deficiencias como la respiración bucal. Ante lo anterior, se creó un manual donde se explica qué es un hábito bucal, los más predominantes en los pequeños, su afección o consecuencia y el tratamiento de acuerdo al hábito que se presente.

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales nocivos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprende, los hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, tomando de ejemplo: acción normal de los labios y la masticación adecuada. Los hábitos de presión anormal pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, deben distinguirse de los hábitos normales deseados.

Los efectos de una presión inadecuada pueden observarse en el crecimiento normal o retardado del hueso, en las malas posiciones dentarias, hábitos defectuosos de la respiración, dificultades para hablar, alteraciones del equilibrio en la musculatura facial y problemas psicológicos.

Las maloclusiones o deformaciones en una edad temprana, pueden generar hábitos bucales nocivos siendo estos una causa primaria o secundaria, entre ellos podemos encontrar, la **Succión Digital** que es el resultado de una coacción innata, la persistencia del mismo es un factor predominante en problemas dentarios, ocasionando el desplazamiento de los incisivos inferiores al hacer presión el dedo en los dientes superiores, a la par dar como resultado en un futuro un paladar amplio y estrecho. La **Deglución Atípica** es cuando la lengua se proyecta hacia delante en el momento de la deglución, dando como resultado en algunos casos mordida abierta. La **Respiración Bucal** donde se inhala y exhala por la boca, la influencia del aire sobre el paladar induce a la imperfección de este, hundiéndolo y aproximando los dientes entre sí; La **Onicofagia** que es la manía de deteriorarse las uñas con los dientes, derivando en infecciones o heridas en

Labios y encías, y por ultimo el **Bruxismo** como hábito nocivo, el cual consiste en rechinar los dientes durante el sueño produciendo el desgaste dentario.

Siguiendo lo anteriormente expuesto se denota la necesidad de recurrir a odontólogos especializados en este campo, que corrijan estas deficiencias o el implementar programas que ayuden a prevenir a tiempo las mismas.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Es importante para los padres de familia, docentes y profesionales de la salud, conocer los distintos hábitos bucales que pueden presentar los niños en edad preescolar, así como su diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.

¿Existe un manual que enseñe a docentes, padres de familia y/o profesionales de salud para identificar y prevenir las posibles alteraciones causadas por los hábitos bucales nocivos en el niño en edad preescolar?

¿Por qué es importante conocer los hábitos bucales que se presentan con mayor incidencia en niños de edad preescolar?

¿Cuál es la importancia del diagnóstico temprano de los hábitos bucales?

¿Cuál es la metodología para que los docentes de niños de edad preescolar entiendan y puedan detectar los hábitos bucales?

¿Cómo es el control que ejercen los odontólogos en los niños que tienen o sufren algún tipo de hábito bucal?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Por medio del desarrollo de este trabajo se quiere dar una visión más amplia a padres de familia y docentes, acerca de la importancia que tiene reconocer y tratar a tiempo, hábitos bucales como succión de dedo, Onicofagia, interposiciones linguales, etc. Todo con el fin de evitar que el problema se torne más complejo en el futuro, teniendo que recurrir a la ortodoncia, a ortopedia y a especialistas tales como fonoaudiólogos, psicólogos y otorrinolaringólogos.

Hasta el momento no se cuenta con programas de prevención de hábitos orales por parte de las Secretarías de Salud Municipal y Departamental, por esto es necesario una campaña de formación e información donde se cree la inquietud en la población de ejercer la odontología preventiva.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Realizar un manual didáctico y educativo, por medio del cual, se ayude a la información general, capacitación de padres de familia y docentes para identificar y diagnosticar tempranamente, cualquier hábito bucal que el niño esté presentado y el posible tratamiento.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar los posibles hábitos bucales que se pueden presentar con mayor frecuencia en niños en edad preescolar de estratos 3 – 4.
- Evaluar la relación de hábito bucal frente al desarrollo de una oclusión temprana.
- Lograr un acercamiento con los docentes de niños en edad preescolar, para que ellos, segundos formadores de los niños después de los padres, conozcan los hábitos bucales de manera correcta y actúen junto con ellos para el tratamiento de éstos.
- Mostrar la posibilidad de llevar a cabo acciones de auto cuidado y de mantenimiento de la salud bucal
- Instruir a padres de familia, docentes y profesionales de la salud de niños en edad preescolar de estratos 3 -4, sobre la importancia que tiene la educación y la prevención de hábitos bucales, así mismo sus causas, consecuencias, forma de detenerlos y posibles tratamientos.
- Analizar las diferentes consecuencias y problemas craneofaciales que se pueden presentar en los niños, cuando no se previenen y tratan correctamente los hábitos bucales. Evaluar la relación de hábito bucal frente al desarrollo de una oclusión temprana.

- Lograr un acercamiento con los docentes de niños en edad preescolar, para que ellos, segundos formadores de los niños después de los padres, conozcan los hábitos bucales de manera correcta y actúen junto con ellos para el tratamiento de éstos.
- Mostrar la posibilidad de llevar a cabo acciones de auto cuidado y de mantenimiento de la salud bucal.

MARCO CONCEPTUAL

2.1 HÁBITOS BUCALES

Un hábito es una reacción formada que se resiste al cambio. El que sea beneficioso o perjudicial dependerá del grado de interferencia que tenga con las funciones físicas, emocionales o sociales de un niño. En cuanto a la etiología de los hábitos bucales, hay autores como Graber (1972), que atribuyen 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. (CÁRDENAS JARAMILLO, 2000).

La presencia de un hábito bucal en el niño de tres a cinco años de edad es un dato importante en el examen clínico. Tal costumbre ya no se considera normal en los niños próximos al fin de estas categorías de edades.

Los esfuerzos por desalentar estas costumbres pueden incluir desde una conversación odontólogo-niño, hasta un tratamiento más complejo con aparatos. Debe tenerse presente que el éxito de cualquier tratamiento depende, más que nada, de que el niño esté dispuesto a abandonar el hábito. (CHRISTENS EN Y FIELDS).

2.2 CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS BUCALES

La Academia Americana de Pediatría clasifica el comportamiento repetitivo de acuerdo al hábito, problemas, desórdenes específicos basados en la disfunción; éstos se mencionan a continuación: Prolongado comportamiento que es típico; comportamiento que se vuelve crónico a causa de daño cerebral; comportamiento que se puede emplear frecuentemente, interviene con un egoísmo físico y social. (MAGUIRE, 2000).

Los hábitos bucales se clasifican de manera descriptiva de la siguiente forma: hábitos normales o funcionales y hábitos anormales. Los hábitos funcionales son los que cumplen funciones fisiológicas tales como respirar, masticar y hablar. (CAMERON, 1998).

Otras formas de presentarse los hábitos son instintivas, placenteras, defensivas y culturales. Existen una serie de hábitos y costumbres en los niños que afectan la salud oral; los más comunes son: succión de objetos, respiración oral, deglución atípica, masticación incorrecta, postura incorrecta. (MEDINA DUEÑAS, 1993).

Los hábitos pueden ser factores causantes y/o agravantes de una maloclusión, puesto que ésta puede estar presente y un hábito cualquiera que sea, simplemente agravaría el problema. Los hábitos producen o agravan la maloclusión dependiendo de la capacidad del hueso para responder a estos estímulos de presión. El grado de deformidad de los hábitos orales depende de tres factores que son: Intensidad del hábito (fuerza), frecuencia del hábito (numero de veces que lo Realiza al día) y duración del hábito (hace cuanto tiempo lo viene realizando). (McDONALD, 1990).

Se han desarrollado la dígito-puntura y la sedación nocturna como terapias para demostrar que sirven como tratamiento general de hábitos deformantes. Dicho tratamiento es realizado en horas

nocturnas por el carácter psíquico del niño, el cual sólo es logrado en la hora del sueño que apela el subconsciente por medio de palabras educativas que da buenos resultados en la noche. La dígito-puntura consiste en el mantenimiento de la salud, donde se estimulan puntos específicos para así obtener un equilibrio en la energía del cuerpo, por medio de la presión del pulgar con movimientos circulares. Se puede concluir que la ventaja de este método es que puede ser aplicado por el odontólogo general; además es fácil, práctico y económico. (RODRÍGUEZ SORHEGUI, 1988).

2.2.1 Hábitos de succión

La respuesta de succión se origina aproximadamente en la semana 11 del desarrollo embrionario, aunque algunos autores afirman que es en la vigésimo novena semana, siendo considerado uno de los patrones de comportamiento más complejo en el recién nacido. (McDONALD, 1990).

El reflejo de succión constituye una respuesta innata, estereotipada ante un estímulo en la región oral. Hay dos tipos de succión fisiológica; la prenatal o intrauterina y la succión nutricional. Los hábitos de succión precoces son el resultado de diversos factores: culturales o de civilización, como la falta de lactancia al pecho o alimento artificial; factores psicológicos, algunos autores consideran la succión como manifestación de otras psicopatologías subyacentes, como también un trastorno asociado a otras alteraciones de comportamiento. La teoría psicoanalítica de Freud, afirma que el niño pasa por distintas fases en su desarrollo mental, el hábito de succión tiene que ser satisfecho durante la fase oral, si no, se produce una fijación y si es reversible se produce una regresión. De los factores fisiológicos se afirma que puede ser un mecanismo desarrollado para compensar insuficiencias respiratorias y no un mero hábito para producir comodidad. Moyers afirma que las distintas teorías no son completamente incompatibles unas con otras, más bien debe considerarse el hábito como un patrón de conducta multivariado. (PLAMELLS, 1997)

Los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprende. Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, como por ejemplo: acción normal de los labios y la masticación adecuada. Los hábitos de presión anormal pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial, deben distinguirse de los hábitos normales deseados. Los efectos de una presión inadecuada pueden observarse en el crecimiento normal o retardo del hueso, en las malas posiciones dentarias, hábitos defectuosos de la respiración, dificultades para hablar, alteraciones del equilibrio en la musculatura facial y problemas psicológicos. (BAYARDO, 1996).

2.2.1.1 Succión digital

Conforma la mayor parte de los hábitos bucales. El problema puede ser dividido en tres fases distintas en su desarrollo:

- Fase I: succión normal o subclínicamente significativa; esta fase se extiende desde el nacimiento más o menos hasta los tres años, dependiendo del desarrollo social del niño.
- Fase II: succión clínicamente significativa; se extiende desde los tres a los seis años. Durante esta época merece atención más seria del odontólogo por dos razones: una es indicación de ansiedad clínicamente significativa y la segunda el mejor momento para resolver el problema oclusal relacionado con la succión.
- Fase III: succión intratable; cualquier succión que persiste después del cuarto año presenta al clínico un problema, porque esa persistencia puede ser la prueba de problemas distintos de una maloclusión. (JHONSON, 1993).

La succión digital está asociada con la satisfacción de la etapa oral, planteando este enfoque, que la succión digital ocurre en niños que han sido alimentados con teteros o con pecho que han

chupado insuficientemente. La succión digital puede continuar hasta los niños mayores de dos años y ocurrir en momentos de ansiedad o cuando el niño desea seguridad o protección. En este caso puede ser por padres sobre protectores. Es importante que el niño supere esto animándolo. (CHISTENSEN, 1995).

La persistencia de hábitos es considerada como signo de inestabilidad emocional en el niño, causando con el tiempo mordida abierta. Sus efectos dependen de: duración – frecuencia, intensidad – factor morfogénético, número de dedos implicados – posición de los dedos en boca. (JHONSON, 1993).

FOTO 1. Paciente de tres años y medio con hábito de succión digital



La persistencia del hábito ha sido un signo de ansiedad e inestabilidad emocional en el niño; la más común es la succión del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical con la uña dirigida

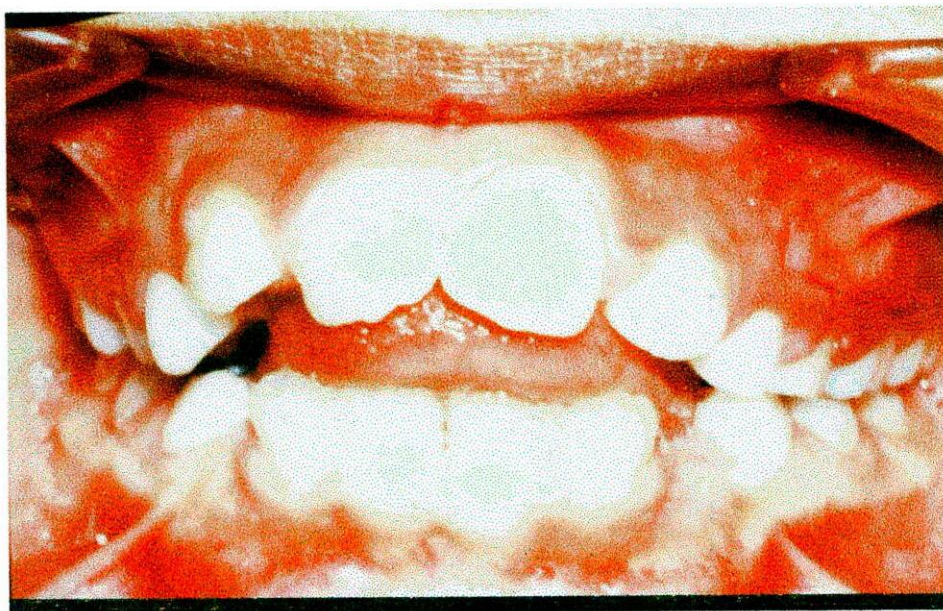
Hacia los dientes inferiores; en algunos casos, dos o más dedos son succionados a la vez. No se ha observado predilección por una mano determinada y cualquiera de las dos puede ser preferida; a menudo se observa un estrechamiento de la arcada superior debido a la reducción de la presión

del aire dentro de la cavidad bucal y la actividad de la musculatura de la mejilla, principalmente del músculo succionador, durante la succión. (REVEL, 1999).

Los efectos de la succión digital, dependerían de la posición del dedo, contracciones oro faciales musculares asociadas, posición de la mandíbula durante la succión, morfología esquelética facial, duración de la succión, etc. Una mordida abierta anterior, es la maloclusión más frecuente, la protusión de los dientes anteriores superiores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba contra el paladar. (DOMÍNGUEZ REYES, 1999).

La succión del dedo está asociada a factores como el hambre, la dentición, fatiga, el sueño y el desarrollo psicológico. (MOHR, 1997).

FOTO 2. Mordida abierta anterior por succión digital



* Revista científica y de información profesional. 1997

2.2.1.2 Succión de chupete o pacificador

A diferencia del hábito de succión digital, que es un hábito espontáneo, el chupón es proporcionado por los padres con el fin de pacificar al niño. (CORTÉS CUELLAR, 2000).

Sin embargo, hay que considerar lo siguiente: reduce el tiempo de alimentación al seno y excitación miofuncional. El deseo del lactante de succionar el pecho o el biberón es un impulso que es indispensable para la supervivencia, más del 80% de los bebés practican alguna succión digital cuando no tienen hambre (succión no nutritiva).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de su lista de medidas para lograr un exitoso amamantamiento, menciona el evitar el uso del chupón, puesto que los cambios dentarios que se ocasionan por el uso del chupón, son similares a los ocasionados por los hábitos de succión digital. Hay clara relación entre maloclusión dental en niños que usan chupón hasta los tres años de edad. El uso del chupón puede producir efectos desastrosos en la oclusión. Es más alta la frecuencia de diarrea en lactantes que usan chupón, que en la población de niños que no lo usan. Entre niños sanos, es significativamente mayor el número de niños con hongos en la boca (candidiasis oral) cuando usan chupón. Aunque hoy en día se ha podido fabricar chupones muy semejantes al pezón materno, los chupones que se encuentran en el mercado de alguna forma alteran la fisiología de la succión, obligando al recién nacido a mantener su boca abierta en exceso, lo que ocasiona una mayor esfuerzo para la musculatura oral. El chupón común, sólo exige que el niño aspire sin que haga trabajar adecuadamente el movimiento de la boca. La función muscular en este proceso es de importancia relevante para el desarrollo muscular y óseo del maxilar y la de la mandíbula. Es importante añadir que el reflejo de succión está presente durante los tres primeros años de vida. (CAMUCET ORTIZ, 2000).

No todos los hábitos del chupeteo requieren de tratamiento con aparatos. El momento óptimo para colocar el dispositivo es entre los 3.5 – 4.5 años de edad ya que es cuando la salud está en su

máximo y el deseo de chupeteo puede ser sustituido por el juego fuera de la casa y las actividades sociales. (CETINA SUASA, 1999).

Es de vital importancia que se retire el chupón radicalmente entre los cinco y seis meses de edad, antes de que erupcionen los dientes para evitar las malformaciones antes mencionadas de un hábito activo. (CHACONAS, 1996).

2.2.2 QUEILOFAGIA – hábitos labiales

La lengua es uno de los músculos más importantes del cuerpo humano, cumple muchas funciones dentro de la cavidad bucal, una de ellas es la deglución. Dependiendo de las diferentes posiciones que adopte la lengua se pueden presentar distintos hábitos, maloclusión y distintos problemas a nivel bucal y respiratorios. La descripción de la lengua anormal y función labial están presentes términos de desviación normal. Así, descripciones actuales de anormalidad están influidas por el predominante concepto de modelo de deglución.

Aparentemente pocos especialistas dentales y de lenguaje aceptan seguir la descripción de deglución normal en diferentes estados: durante la deglución el músculo de la expresión facial no está en uso, el músculo de la masticación conduce los dientes y la mandíbula simultáneamente y retiene éstos durante el completo acto de deglución y la lengua amasa residuos dentro del límite del arco dental durante la deglución. (DAHAN, 2000).

Estos hábitos hacen referencia a la manipulación de los labios y estructuras peribucales. De ellos hay varios tipos y su influencia en la dentición es variable; en cuanto a los efectos de los hábitos de lamerse y Chuparse (retraer) los labios, son relativamente benignos. Los cambios más evidentes son enrojecimiento, inflamación y resequedad de labios y tejidos peribucales durante la época de frío, poco es lo que se puede hacer para suspenderlos con eficiencia, de modo que el tratamiento suele ser paliativo y se limita a la humectación de los labios. Aunque la mayor parte de

estos hábitos no produce problemas dentarios, es obvio que la succión y la mordedura de labios pueden hacer que persista una maloclusión ya existente si el niño continúa ejerciéndolos con suficiente intensidad, frecuencia y duración. (SUBTELNY, 2000).

FOTO 3. Paciente de cuatro años con el hábito de Queilofagia



2.2.3 Respiración bucal

Por un siglo la respiración bucal ha sido descrita en la literatura dental, como un factor causal de maloclusión dental. El efecto de la obstrucción nasal es el crecimiento craneofacial. El realizar la respiración por la boca en vez de hacerlo por la nariz puede modificar la postura de la cabeza, maxilares y lengua. (CHISTENSEN, 1997).

El síndrome de respiración bucal ya sea por obstrucción o por hábito, produce serias alteraciones en el aparato estomatognático que afectan al niño estética, funcional y psíquicamente.

La respiración bucal se considera normal sólo cuando se realiza bajo esfuerzos físicos muy grandes, los efectos inmediatos de la respiración bucal consisten en la introducción de aire frío, seco y cargado de polvo, en la boca y la faringe. (PROFFIT, 1999).

En condiciones normales el factor que limita el flujo respiratorio nasal es el tamaño de los orificios nasales, lo que hace que el paciente sienta la necesidad de respirar por la boca.

La respiración bucal siempre ha estado relacionada con la obstrucción de las vías respiratorias altas ya sea por una otitis alérgica, una hipertrofia de las amígdalas palatinas, desviación del tabique nasal o adenoides generando una función respiratoria con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

Los factores de este problema pueden ser: herencia genética teniendo en cuenta características generales como forma esquelética, tejidos blandos y condiciones locales; Factores locales como rinitis, infección de las vías respiratorias ya sean: Alergia, asma, pólipos, cuerpos extraños; todas las cuales pueden producir distintas obstrucciones a la fluidez natural de aire a través de la cavidad nasal. (EGIL, 2000).

La respiración bucal es la respiración que el individuo efectúa a través de la boca en lugar de hacerlo por la nariz; las causas de este modo de respiración son: un pasaje nasofaríngeo angosto asociado a una membrana nasal inflamada, adenoides inflamadas, cornetes inflamados y desviación de tabique nasal. Entre las causales citadas, la adenoides es la mas común. La obstrucción consecuente del pasaje postnatal tiende a desaparecer con el crecimiento del pasaje aéreo y disminución del tamaño de la adenoides. Esto sucede a los tres años de edad y durante la adolescencia. La respiración bucal se relaciona frecuentemente a la interposición lingual, la presencia de adenoides y respiración bucal. (BARRIOS, 2001).

FOTO 4. Paciente de cinco años con el hábito de Respiración Bucal



2.2.4 Deglución atípica

La deglución atípica y empuje lingual forman un tipo de hábito que puede funcionar en conjunto, en el cual el proceso muscular y el velo del paladar se oprimen contra la pared posterior para que la comida no entre por el conducto nasal y la epiglotis cierre la traquea, cuando esta sinergia es rota, pueden ocurrir varias anomalías en el proceso y así aparece la deglución atípica o deglución infantil con una interposición labial o lingual y la participación de la musculatura perioral y soplo en lugar de succión. (SEGURA, 1998).

La lengua se proyecta hacia delante expulsando el alimento en vez de succionarlo hacia atrás, esto ocasiona problemas en el habla y en la posición de los dientes. El tratamiento involucra la corrección respiratoria con la ayuda de un médico pediatra, otorrinolaringólogo o kinesiólogo. El fonoaudiólogo desarrollará el proceso educacional de la respiración nasal inhibiendo la respiración bucal en cuanto al tto de estos hábitos, actualmente está siendo estudiado el bimaxflex de Pierantonelli; éste es un aparato ortodóntico de acción funcional, porque estimula la actividad

de los músculos de la cavidad bucal y la función estimulada es a su vez capaz de solucionar la maloclusión. Además, el aparato, como los más modernos, contiene elementos que producen fuerza, por ejemplo, tornillos y resortes. (PIERANTONELLI, 1999).

El aparato intraoral que se está utilizando como coadyuvante de los ejercicios linguales es el Quad-Helix con topes linguales. El objetivo de éste es corregir el problema transversal de los maxilares y dotar de un buen torque a los molares rotados. (ECHAVE-KRUTWIG, 2002).

2.2.5 Onicofagia

La Onicofagia o mordisqueo de uñas es un hábito patológico muy extendido en la infancia y la edad juvenil que influye negativamente en la estética bucal y dental. La continua reiterativa manía ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, dientes de enorme repercusión en la buena apariencia de la sonrisa. Los micro traumatismos que el mordisqueo ocasiona en las mucosas labiales hacen que la patología infecciosa (herpes, labios cortados, aftas, etc.), sea más frecuente en estos pacientes. Así mismo, la estética de las manos se ve mermada por la presencia de uñas escasas e irregulares. (ILZARDE, 2000).

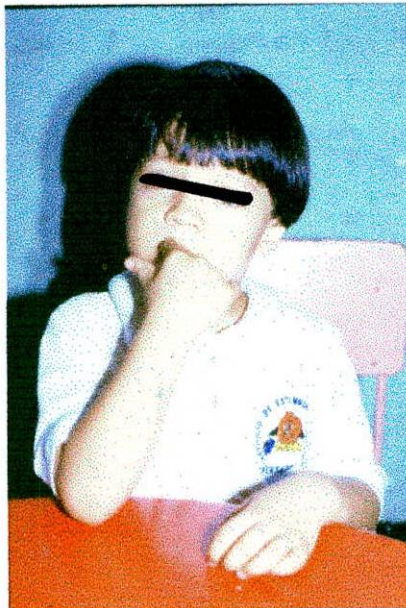
La sicología moderna emplea técnicas de modificación de conducta para el tratamiento de la Onicofagia. El conductismo es una corriente de la sicología que centra su atención en el estudio de el binomio estímulo-respuesta, siendo la conducta el objeto de estudio y la observación el método experimental. (JARAMILLO, 2000).

La onicofagia se define como una costumbre de "comerse o roerse" las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en los dedos, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una infección o neuropatía. Suele considerarse una reacción

automática que puede manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. (BARBERIA, 1995).

La mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una causa de mal posiciones dentarias. Niños nerviosos, tensos, con mucha frecuencia muestran este hábito, y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, que sólo es un síntoma de su problema básico. Hay evidencia que existe una unión entre esta parafunción y la existencia de síntomas de dolor orofacial importante, pudiendo ser esto de interés diagnóstico de desórdenes de la articulación temporomandibular; Así pues, la mordida de uñas podría ser un factor de riesgo.(ZIELINSKY, 1997)

FOTO 5.. Paciente de cuatro años que presenta el hábito de la Onicofagia



2.2.6 Bruxismo

El bruxismo que se considera un hábito oral en los niños, es un rechinar o frotación de los dientes no funcional. (ILZARDE, 1998).

El bruxismo puede acontecer como contracciones rítmicas fuertes y breves de los músculos mandibulares, durante los desplazamientos excéntricos laterales de la mandíbula o la intercuspidiación máxima, pero también puede adoptar la forma de un golpeteo ligero y la ubicación repetitiva de los dientes en sitios de contactos aislados, lo cual puede conducir al desgaste dentario, fractura de los dientes y su consecuente restauración, y a la hipertrofia muscular.

El hábito ocurre generalmente por la noche y si continúa por tiempo prolongado puede dar como resultado la abrasión de los dientes permanentes y temporarios. Los niños nerviosos pueden generar bruxismo que probablemente continúe de manera consciente o inconsciente por tiempos indefinidos. Se clasificaron las causas del bruxismo en cuatro vertientes:

Locales: se asocian con alguna forma de alteración oclusal moderada, que produce una molestia leve crónica y tensión, que a veces no se reconoce.

Sistémicas: son etimológicamente importantes, pero es difícil determinar su papel en la mayor parte de los casos.

Psicológicas: son la causa más común del bruxismo. La tensión emocional se puede expresar a través de varios hábitos nerviosos.

Ocupacionales: favorecen al desarrollo de este hábito. (HERNÁNDEZ ARRIAGA, 1997)

FOTO 6. Bruxismo



* www.mipediatra.com

El bruxismo en niños es relativamente frecuente; muchas veces es una manifestación inocua que ayuda al desarrollo de los maxilares dando los estímulos funcionales masticatorios que están ausentes en la mayoría de los niños por la baja exigencia de la dieta moderna. El odontólogo tiene la responsabilidad y la oportunidad de ayudar a superar los problemas que estos hábitos acarrearán y contribuir positivamente a disminuir la carga psicológica negativa que ejerce el medio ambiente familiar desinformado. (ATAIDE RODRÍGUEZ, 2001).

El bruxismo es una parafunción mandibular que origina una patología alarmante por conducta que cursa con el apretamiento de los dientes del maxilar superior e inferior. Puede ser bruxismo consciente e inconsciente en las horas del día como de la noche, dándose a conocer unos signos y síntomas: dolor de cabeza, dolor de cuello, dolor de espalda, dolor de garganta, y dolor de hombros.

La disfunción temporomandibular o Síndrome de Costen, es una entidad patológica, relacionada con problemas funcionales de la articulación temporomandibular y/o de los músculos que mueven la mandíbula. (NEGORON, 1998).

Casi todos los niños efectúan un poco de bruxismo, el cual ocasiona desgaste moderado de caninos y molares primarios. Rara vez, con excepción de sujetos con trastornos emocionales, el desgaste pone en peligro la pulpa, al avanzar a un ritmo mayor que la producción de dentina secundaria. También se atribuye al bruxismo la hipersensibilidad de la musculatura masticatoria y el dolor de la articulación temporomandibular. La teoría local sugiere que el bruxismo es una reacción ante la interferencia oclusal, una restauración alta o algún factor dental irritante. (FIELDS CASAMA, 1985).

Los factores sistémicos implicados en el bruxismo incluyen parásitos intestinales, deficiencias nutricionales subclínicas, alergias y trastornos endocrinos. La teoría psicológica sostiene que el bruxismo es la manifestación de un trastorno de la personalidad o de estrés elevado. Los niños con alteraciones músculo esqueléticas (parálisis cerebral) y aquellos que padecen retraso mental, rechinan los dientes con frecuencia. Como tratamiento, el terapeuta empleará el tiempo suficiente, y más que suficiente, en la primera visita para persuadir y concienciar al paciente que la bruxomanía está produciendo un daño irreparable en su aparato estomatognático. El profesional debe motivar extraordinariamente al paciente para que éste sea quien pida remedio a su mal. (AVELLANEDA, 1999).

Las férulas de descarga son el tratamiento comodín reversible de una amplia patología odontoestomatológica, desde la disfunción temporomandibular en cualquiera de sus manifestaciones hasta el bruxismo. (PEÑA RODRÍGUEZ, 1998).

2.2.7 Dislalias

El habla es el proceso fisiológico que permite hacer uso al hombre del lenguaje y materializarlo mediante la comunicación verbal y que es llevado a cabo por el aparato articulatorio, generador de todo un mecanismo complejo dinámico, donde intervienen órganos móviles propiamente dichos (labios, lengua y velo del paladar), a los que se les atribuyen las particularidades más importantes

de una correcta articulación y otros órganos fijos, constituidos fundamentalmente por los dientes. (MAYORAL, 1999).

La dislalia es el trastorno del habla más difundido entre los escolares, lo constituyen las alteraciones en la pronunciación. Etimológicamente significa dificultad en el habla, pudiendo definirse como los trastornos de la articulación en los sonidos del habla. (CABRERA, 1999).

Se expone que el lenguaje infantil se debe valorar por diversas razones: primero porque el habla es uno de los indicadores del desarrollo integral del niño, segundo para detectar las dificultades en este proceso y tercero para determinar los niños en riesgo.

Se realizó un estudio donde se observó la importancia del desarrollo del lenguaje en el niño por el pronunciamiento de las primeras palabras, teniendo como conclusión que el comienzo de las palabras emitidas por el niño, ocurre entre los 10 y 12 meses de edad y se puede extender un poco mas allá. Los factores influyentes en este estudio fueron edad, el grado escolar materno y el lugar que ocupa el niño en la familia. (BETANCOURT LÓPEZ, 2000).

Existen algunos hábitos orales que llevan a conductas mucho más prolongadas y algunas veces nocivas como: bruxismo, morderse las uñas, chupar dedo, mascar chicle, morderse la lengua y la mejilla.

Algunos de estos son más comunes y no influyen en la salud del sistema estomagtonático, aunque si el habito persiste y se vuelve muy frecuente, se harán notar daños en la dentición, músculos, articulación y tejidos. Los pacientes deben ser alertados del problema y animados a evitarlo. La educación es muy importante para la prevención y tratamiento. (GAVISH, 2000).

Los pacientes con enfermedad articular están predispuestos a sufrir cualquier trauma degenerativo en la articulación temporomandibular. (WINOCUR, 2000).

Las causas más frecuentes de anomalías y deformaciones dentomaxilares son dadas por hábitos bucales por la poca capacidad de comprensión del niño. Los métodos utilizados son terapia con ortodoncista en compañía de sus padres en las cuales sólo se practican conversatorios con el paciente, explicando las consecuencias negativas. (GRABER, 1998).

Los diferentes tipos de hábitos bucales que se pueden presentar en la edad preescolar son generados por factores ambientales, los cuales pueden producir una maloclusión. (NOWAK, 2000).

Algunos hábitos orales en infantes se han vinculado con condiciones médicas o resultados adversos que incluyen asociaciones entre otitis aguda media y suspensión temprana de la lactancia materna. (LÓPEZ MÉNDEZ, 1999).

Durante el amamantamiento se produce la excitación muscular bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, lo cual influye en el crecimiento de su desarrollo. Si la alimentación al seno materno no es satisfactoria, el niño tenderá a Chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, a morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, colocarse objetos extraños en la boca y estos hábitos son causa de las maloclusiones.

La lactancia materna, desde el punto de vista estomatológico, contribuye notablemente en el crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio, evita la adquisición de hábitos bucales deformantes, mejora la oclusión en etapas posteriores del desarrollo infantil, previene anomalías dentomaxilofaciales y contribuye a la prevención de caries dental. (CÁRDENAS JARAMILLO, 1995).

GRABER (1972) atribuye la etiología de los hábitos orales a factores psicológicos relacionados con fallas en la alimentación materna del recién nacido y sugiere que la prevención de los hábitos

anormales se inicie con la adecuada alimentación por parte de la madre, con la cual el bebé pueda quedar satisfecho y gratificado. (MAYA HERNÁNDEZ, 2000).

2.3 ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y SU RELACIÓN CON HÁBITOS ORALES

En los músculos de la masticación hay atrofia en las fibras a nivel óseo, hipertrofia de la apófisis coronoides a nivel del oído externo o medio. Los signos y síntomas que más predominan son dolor facial, cambios en la apertura de la boca, tumefacción facial y cambios en la oclusión. (CHUONG, 1996).

2.4 DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN

El término oclusión se define en odontología con las relaciones en contacto. Un concepto moderno de oclusión incluye la idea de un sistema integrado de unidades funcionales que abarcan dientes, articulación y músculos de cabeza y cuello.

2.4.1 Desarrollo de la oclusión - dentición primaria

La erupción de los dientes temporales se hace siguiendo un orden de anterior a posterior, o sea incisivos, caninos y molares. El desarrollo y la erupción de la dentición primaria son absolutamente independientes del desarrollo y maduración del niño como un todo.

La forma de la arcada primaria es ovalada, pero a los nueve meses la arcada se estabiliza para las dos denticiones, la temporal y la permanente. Generalmente la posición de los dientes temporales en las arcadas revela cierto grado de espaciamiento interproximal, que tiende a disminuir con la edad.

La siguiente es la tabla de erupción dentaria temporal en forma cronológica:

TABLA 1

Erupción dentaria temporal en forma cronológica

Diente	Erupción en meses	Raíz completa
Incisivo central superior	8 - 12	1 ½
Incisivo lateral superior	9 - 13	2
Canino superior	16 - 22	3 ¼
Primer molar superior	13 - 19	2 ½
Segundo molar superior	25 - 33	3
Incisivo central inferior	6 - 10	1 ½
Incisivo lateral inferior	10 - 16	1 ½
Canino inferior	17 - 23	3 ¼
Primer molar inferior	14 - 18	2 ¼
Segundo molar inferior	23 - 31	3

2.5 MALOCLUSIONES

Los factores que determinan la oclusión son la correcta impactación de los dientes inferiores con los superiores, la articulación temporomandibular, la implantación de los dientes en el maxilar y en la mandíbula, las relaciones inter proximales dentarias (puntos de contacto), la longitud del arco (piezas apiñadas, lateralizadas...) y la forma de las superficies oclusales. (CABALLERO ALCOBA, 1994).

Los dientes forman la tercera superficie articular entre la mandíbula y el cráneo en un trabajo de mutua interacción con las dos articulaciones temporomandibulares. (CEPERO SANTISO, 1996).

La maloclusión comprende una cantidad de desviaciones morfológicas que pueden presentarse como caracteres únicos o formar parte de diversas combinaciones. Estas maloclusiones se pueden clasificar en:

- Maloclusión sagital: resalte maxilar superior causado por hábitos de succión.
- Maloclusión vertical: mordida abierta que persiste después de cesado un hábito.
- Maloclusión transversal: mordida cruzada funcional. (FUCH MODELER, 1993).

Las maloclusiones se desencadenan por la presencia de hábitos; algunos de ellos pueden tener base en alteraciones de índole muscular y la forma y la estructura de los músculos.

Los hábitos de deglución anómala, respiración bucal y succión digital producen anomalías oclusales como mordida abierta y mordida cruzada anterior o posterior. (FUCH MODELER, 1993).

La idea de considerar a las maloclusiones morfológicas como factores causales primarios de los desordenes cráneo mandibulares se ha reemplazado por una teoría multifactorial, en la que desempeñan una importante función otros factores esqueléticos, los rasgos de la personalidad, el estrés, etc. Debe comprenderse que existe un ordenamiento fisiopatológico y éste, en combinación con el estrés, lleva a los desórdenes cráneo mandibulares. (HERNÁNDEZ CASTILLO, 1999).

Se realizó un estudio con pacientes con dislalias y maloclusión con el objetivo de ver si existía relación entre la desarticulación de palabras y anomalías dentomaxilofaciales, los cuales fueron tratados con aparatos ortopédicos para ver cambios o mejorías. Para el estudio se tuvieron en cuenta el desarrollo de tejidos blandos y óseos; además, cierre labial, resalte anterior, sobrepase anterior, entre otros. (ARIOZA JIMÉNEZ, 1997).

Teniendo como resultado que más del 65% resolvieron la incompetencia del cierre labial, resalte aumentado, diastema anterior y las dislalias.

Se realizó un estudio en el cual se ponen pantallas en pacientes respiradores bucales con y sin adenoides. Esta pantalla es conocida como aparato funcional corrector de anomalías faciales.

Está indicada en pacientes jóvenes con hábitos deformantes como son: respiración bucal, succión digital, deglución lingual, mordedura de labio, labio atrapado por incisivos superiores y la onicofagia.

La nueva pantalla resulta efectiva en el restablecimiento de la respiración nasal normal, a la vez que desarrolla o restablece la capacidad respiratoria nasal en los pacientes y evita sus secuelas. (HERNÁNDEZ, 1996).

2.5.1 Prognatismo

El prognatismo mandibular es un defecto óseo común que se presenta desde el desarrollo y el crecimiento y que tiene un origen multifactorial, debido tanto a factores hereditarios, tendencia familiar, así como hábitos bucales.

Se encuentra entonces lo siguiente:

- Aumento en la altura de la rama.
- Aumento en la longitud del cuerpo.
- Aumentos en el ángulo goniano.
- Colocación anterior de la fosa glenoidea.
- Eminencia mentoniana prominente.
- Contorno variable en tejidos blandos. (DELGADO GALÍNDEZ, 1999).

Las maloclusiones según la OMS, ocupan el tercer lugar entre las enfermedades que constituyen riesgo para la salud bucal. Las alteraciones de la oclusión pueden ser de mayor o menor gravedad y comprometer a casi todas las estructuras de la cavidad oral. En las maloclusiones graves se presentan casi siempre problemas durante la masticación y el habla, que pudieran desaparecer con un tratamiento ortodóntico y terapia del lenguaje en edades tempranas.

Numerosos estudios han demostrado las estrechas relaciones entre las maloclusiones dentarias y la dislalias, considerando que esta patología constituye el segundo grupo de factores causales de los trastornos en el lenguaje. (PÉREZ MORA, 2001).

2.6 ELIMINACIÓN DE HÁBITOS BUCALES

Todos los hábitos tienen su origen en el sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprende.

Existen hábitos beneficiosos o funcionales, como la masticación, deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los tres años. Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largo periodo de tiempo.

Por lo general, estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación, por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que ésta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del ortodoncista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de estos hábitos. (HERNÁNDEZ MAYA, 1997).

Deglución atípica: es muy difícil obtener o mantener los buenos resultados en la oclusión y por esto se recurre a aparatos de retención clásicos en ortodoncia, pero que comúnmente son invasivos del espacio disponible para la lengua sin percatarse que éstos entorpecen la maduración adecuada de la función lingual porque no tienen el diseño fisiológicamente correcto.

Succión digital: la mejor opción consiste en ayudar al niño disminuyendo su ansiedad y sentimientos de culpa, permitiéndole succionar el dedo con la placa psicofuncional en boca para neutralizar la mayoría de sus presiones deletéreas y corregir los efectos adversos ya instaurados.

Todos los hábitos bucales son deletéreos, tienen un manejo clínico, psicológico o mixto dentro de criterios de respeto por la mente del niño y respeto por el desarrollo natural. (ATAL DE RODRÍGUEZ, 1995).

2.7 IMPORTANCIA DE MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA DENTICIÓN PRIMARIA

Es importante conservar la dentición primaria hasta su exfoliación. Es indispensable mantener una dentición mixta para el normal desarrollo estomatognático, para el desarrollo del niño en proceso de masticación, desarrollo del lenguaje, desarrollo cráneo mandibular, la erupción de dientes sucedáneos, prevención de hábitos orales. Estas alteraciones de pérdida temprana de dientes temporales están sujetas a desórdenes de tipo fisiológico y alimenticio generando el "crecimiento fallido". Este síntoma se presenta en niños de tres años de edad, incluso en mayores.

Otras manifestaciones son las patologías pulpares generadas por la caries de biberón por la producción de glucocorticoides, la cual disminuye la hormona de crecimiento. Debido a estas razones es necesario detener, corregir y prevenir las alteraciones tanto patológicas como fisiológicas generadas por éstas, teniendo en cuenta las alteraciones producidas por los malos hábitos orales, los cuales alteran de forma cronológica. Los dientes temporales deben mantenerse en boca hasta lograr la dentición mixta, para lograr una adecuada erupción de los dientes sucedáneos. (NAVAS APARICIO, 1999)

2.8 CONDUCTA Y MANEJO DEL PACIENTE NIÑO

El miedo que los adultos le tienen a la odontología en muchos casos se debe a experiencias traumáticas dentales durante su infancia. El miedo puede intensificar el dolor y disminuir la tolerancia del mismo y es la causa de actividades negativas hacia la odontología.

Tipos de comportamiento del niño:

- Cooperador.
- No tiene habilidad de cooperar.
- Potencialmente cooperador.
- Comportamiento incontrolable.
- Comportamiento desafiante.
- Comportamiento tímido. (JARAMILLO CÁRDENAS, 1994)

2.9 PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LAS CANDIDIASIS ORALES EN PACIENTES CON HÁBITOS NOCIVOS

Síndrome de boca ardiente o glosodinea o glosó pirosis; según su localización se le da su nombre específico, pero la forma más acertada y de conociendo es el síndrome de boca ardiente. Éste se acompaña de resequedad y ardor en todos los tejidos orales. Su predominio es más alto en mujeres que en hombres, pero es más frecuente en los niños que mantienen un hábito ya sea de succión digital o queilofagia. La respiración oral causa resequedad de los diversos tejidos propiciando el medio para su replicación; pero su

Diagnóstico es más complejo porque es de importancia realizar exámenes clínicos para detectar avitaminosis, anemias, o utilización de farmacias en el medio oral. (SILVESTRE, 1997).

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 HIPÓTESIS

H1: la no-intervención en la corrección de hábitos bucales en niños en edad preescolar desencadena problemas a nivel cráneo mandibular, neuromuscular y psicológico.

H2: no existe relación entre la presencia de hábitos bucales en niños de edad preescolar y posibles consecuencias a nivel cráneo mandibular, neuromuscular y psicológico.

H3: la mejor forma de llegar a la población es por medios visuales, mediante los cuales el padre de familia y el docente identifiquen rápidamente los hábitos bucales que su hijo o estudiante está adquiriendo y la forma correcta de tratarlos.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Observacional y analítico.

3.3 UNIVERSO

Niños de tres a cinco años de edad que viven en Santiago de Cali.

3.4 POBLACIÓN

Niños de tres a cinco años de edad estrato 3 y 4 en sesenta colegios de la ciudad de Santiago de Cali.

3.5 MUESTRA

Aleatoria.

3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1 Criterios de inclusión

- Niños en edad de tres a cinco años, pacientes sanos sistemáticamente.
- Niños que presentan hábitos bucales.
- Niños colaboradores.
- Niños que pertenezcan a estratos tres y cuatro.

3.6.2 Criterios de exclusión

- Niños que no pertenezcan a estratos tres y cuatro.
- Falta de compromiso de los padres
- Pacientes con previo tratamiento ortopédico.

3.6.3 Criterios de discontinuación o retiro

- Traslado del niño de colegio.
- Accidente del niño.
- Muerte.
- Enfermedad que incapacite.
- Cambio de ciudad.

3.7 VARIABLES

3.7.1 Cuantitativas

Continua: edad.

Discretas: número de hijos, episodio de enfermedad.

3.7.2 Cualitativas

Nominal: sexo

Ordinales: estrato; nivel de educación, nivel educativo familiar.

3.7.3 Características a medir

- Presencia de maloclusión.
- Tiempo de duración del hábito (intensidad - frecuencia).
- Estado psicológico del niño (desarrollo psicomotor).
- Características físicas: perfil, asimetría.
- Características intra orales: forma del paladar, desgaste dentario, mal posición dentaria.

3.8 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Jardín infantil _____

P1. Estrato	3	4
-------------	---	---

Nombre y apellidos del paciente _____

P2. Edad 3 4 5 p3. Sexo F_____ M_____

Antecedentes médicos personales

P4. Enfermedades respiratorias Sí No ¿Cuál? _____

P5. Desnutrición Sí No ¿Cuál? _____

P6. Trastorno de crecimiento y desarrollo Sí No ¿Cuál? _____

P7. Número de hijos 1 2 3 4 5 6 7 8 Otro _____

P8. Comportamiento

1. Aprehensivo

2. Tímido

3. Introverso

4 Agresivo

5 Extrovertido

6. Sobreprotegido

P9. ¿Sabe usted qué hábito oral presenta el niño? _____

P10. ¿Sabe usted qué es un hábito nocivo? _____

P11. ¿Sabe usted qué es un hábito pernicioso? _____

P12. Ha notado usted en su hijo la costumbre de:

1. Morderse las uñas

2. Chuparse el dedo

3. Morderse la lengua

4. Respirar con la boca abierta

5. Uso de chupón

6. Mordedura de labio

7. Bruxismo

8. Otros _____

P13. ¿Ha recibido alguna información sobre los hábitos bucales nombrados anteriores?

Sí No ¿Dónde? _____

P14. ¿Ha sido tratado el hábito bucal del niño?

Sí No ¿Cuál _____ Dónde? _____

P15. ¿Ha recibido información preventiva de hábitos bucales?

Sí No ¿Dónde? _____

P16. EXAMEN EXTRAORAL

1. Simetría facial
2. Asimetría facial

P17. Competencia labial

1. Presente
2. Ausente

P18. Perfil

1. Cóncavo
2. Recto
3. Convexo

OBSERVACIONES _____

EXAMEN INTRAORAL

P19. Forma del paladar: 1. Profundo 2. Plano
 3. Estrecho 4. Amplio

P20. Desgaste dentario: 1. Dientes anteriores
 2. Dientes posteriores

3. Dientes anteriores y posteriores

P21. Mal posiciones dentarias:

1. Giro versiones
2. Diastemas
3. Apañamientos
4. Intrusiones
5. Extrusiones

P22. Espacio de crecimiento: 1. Superior 2. Inferior 3. No aplicable

P23. Espacio de primate: 1. SD 2. SI 3. ID 4. II 5. No aplicable

P24. Relación canina: D ____ I ____

P25. Relación molar. 1. Escalón mesial 2. Escalón distal 3. Plano terminal recto

P26. Mordida abierta anterior 1. Unilateral 2. Bilateral

P27. Mordida abierta posterior 1. Unilateral 2. Bilateral

P28. Mordida cruzada anterior	1. Unilateral	2. Bilateral
P29. Mordida cruzada posterior	1. Unilateral	2. Bilateral
P30. Prognatismo maxilar:	1. Superior	2. Inferior
P31. Retrognatismo maxilar:	1. Superior	2. Inferior

OBSERVACIONES _____

3.8.1 Instructivo

- 1) Jardín Infantil: Nombre del jardín infantil donde estudia el niño.
- 2) Estrato al que pertenece el jardín infantil.
- 3) Nombre y apellidos del paciente: escriba el nombre y el apellido completo del niño.
- 4) Edad: marque con (X) sobre el número que corresponda la edad del paciente.
- 5) Sexo: marque con (X) F si es femenino o M si es masculino
- 6) Antecedentes médicos personales: se refiere a las enfermedades que ha sufrido el paciente.
- 7) Enfermedades respiratorias: marque con (X) sí o no, ha tenido problemas respiratorios y escriba cual o que problema a tenido el niño.
- 8) Desnutrición: marque con (X) sí o no, el niño ha tenido síntomas como cabello maltratado, piel reseca, pérdida de peso.
- 9) Crecimiento y desarrollo: marque sí o no trastorno. Si el paciente presenta problemas de crecimiento en huesos de cualquier parte del cuerpo.

- 10) Marque con (X) qué número de hijo es dentro de sus hermanos.
- 11) Comportamiento: se refiere a como se comporta el niño en todo momento.
- 12) Aprehensivo: temor a cosas o situaciones nuevas, o miedo hacia otras personas.
- 13) Tímido: presenta estado de pena hacia sus semejantes; no se integra con facilidad.
- 14) Introverso: no desahoga ningún tipo de sentimiento o estado personal.
- 15) Agresivo: recurre a la violencia física para hacerse entender.
- 16) Extroverso: describe con facilidad sus estados de ánimo, es alerta y sociable.
- 17) Sobreprotegido: indeciso en sus ideas y proyectos, figura generada por sus padres.
- 18) Escriba con sus palabras qué es para usted un hábito oral del niño.
- 19) Escriba con sus palabras qué es un hábito nocivo.
- 20) Escriba con sus propias palabras lo que significa un hábito pernicioso.
- 21) Ha notado usted en su hijo la costumbre de: marque con (X) si la costumbre que tiene el niño es mencionada.
- 22) Morderse las uñas: Marque (X) si el niño se mastica o se come las uñas.
- 23) Chuparse el dedo: Marque (X) si el niño chupa dedo de manos o de pies.
- 24) Morderse la lengua: Marque (X) si el niño se muerde su propia lengua.
- 25) Respirar con la boca abierta: Marque (X) si el niño tiene esta costumbre.
- 26) Uso chupón: marque (X) si el niño tiene este hábito.
- 27) Mordedura de labio: marque (X) si el niño muerde sus propios labios.
- 28) Rechina dientes: Marque (X) si el niño rastrilla los dientes de día o de noche.
- 29) Otros: mencione qué otra costumbre tiene el niño diferente a las anteriores.
- 30) Diga sí o no: si recibió información sobre los hábitos bucales en los niños y diga dónde la recibió.
- 31) El niño ha recibido algún tratamiento para el hábito bucal, diga sí o no y mencione el hábito que padece.
- 32) Ha tenido información preventiva de hábitos bucales: diga sí o no y dónde.
- 33) Examen extraoral: chequeo de la parte externa del paciente.

- 34) Simetría facial: si presenta normalidad los 3 tercios faciales.
- 35) Asimetría facial: si el paciente no presenta relación entre los tercios faciales.
- 36) Competencia labial: si el paciente puede unir sus labios sin ningún esfuerzo.
- 37) Presente: si no tiene problema de competencia labial.
- 38) Ausente: si el paciente presenta incompetencia labial.
- 39) Perfil: se examina el perfil del paciente.
- 40) Cóncavo: si el tercio medio se observa deprimido.
- 41) Recto: si se logra una línea imaginaria vertical en el perfil del paciente.
- 42) Convexo: si se observa el tercio medio sobresaliendo en el perfil del paciente.
- 43) Observaciones: si tiene algo importante por detallar, hágalo aquí.
- 44) Examen intraoral: chequeo de zona interna bucal del paciente.
- 45) Forma del paladar: marque con una (X) si el paladar presenta una forma en especial.
- 46) Profundo: marque (X) si es un paladar de este tipo.
- 47) Plano: marque (X) si es un paladar de este tipo.
- 48) Estrecho: marque (X) si es un paladar de este tipo.
- 49) Amplio: marque (X) si es un paladar de este tipo.
- 50) Desgaste dentario: si los dientes presentan zonas de desgaste.
- 51) Dientes anteriores: marque (X) si el desgaste dental es en dientes anteriores.
- 52) Dientes posteriores. Marque (X) si el desgaste dental es en dientes posteriores.
- 53) Dientes anteriores y posteriores: marque (X) si el desgaste es en todos los dientes.
- 54) Mal posiciones dentarias: si se observan posiciones anormales de los dientes en el paciente, marque (X) en los siguientes conceptos:
- 55) Giro versiones: si el paciente está rotando, lingual izado o vestibular izando.
- 56) Diastemas: marque (X) si observa espacios grandes entre diente y diente.
- 57) Apíñamiento: se observa poco espacio en la arcada con respecto a los dientes.
- 58) Intrusiones: si existe algún diente más dentro del maxilar que los otros, fuera de la línea de oclusión.

- 59) Extrusiones: si existe algún diente más hacia fuera del maxilar que los otros, fuera de la línea de oclusión.
- 60) Espacio de crecimiento: marque (X) si encuentra espacio de crecimiento en maxilar superior o inferior.
- 61) Espacio primate: marque (X) si el paciente presenta espacios primate superiores o inferiores o si es no aplicable.
- 62) Relación canina: marque (X) si encuentra en el paciente una relación canina.
- 63) Relación molar: es la forma como se encuentra molar superior con molar inferior.
- 64) Escalón mesial: marque (X) si es escalón mesial.
- 65) Escalón distal: marque (X) si es escalón distal.
- 66) Marque (X) si encontró en el paciente un plano terminal recto.
- 67) Mordida abierta anterior: marque (X) si el paciente presta un espacio importante entre la oclusión de dientes anteriores.
- 68) Mordida abierta posterior: marque (X) si el paciente presenta un espacio importante entre la oclusión de dientes posteriores.
- 69) Mordida cruzada anterior: marque (X) si los dientes inferiores sobrepasan los superiores.
- 70) Mordida cruzada posterior: marque (X) si los dientes inferiores sobrepasan los superiores vestibularmente creando mordida en tijera.
- 71) Prognatismo maxilar: marque (X) si hay anomalía de aumento de tamaño en maxilar superior o inferior.
- 72) Retrognatismo maxilar: marque (X) si hay depresión en tamaño de maxilar superior o inferior.
- 73) Observaciones: si hay algo importante que aclarar, favor escriba aquí.

3.8.2 Prueba de calibración

Se realizó entre tres operadores, los cuales obtuvieron un resultado muy bueno (0.81-1.00) según valoración del Índice de Kappa.

3.9 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO O PRUEBA PILOTO

La selección o muestra que se utilizó en la prueba piloto fue de cincuenta niños entre tres y seis años, de dos jardines infantiles en estratos socioeconómicos 3 y 4: Hogar infantil La Casa del Niño e Instituto Técnico Salomia.

Se realizó contacto con los docentes y padres de familia a quienes se les dio información sobre la investigación. Además, se les envió en el cuaderno de control de los niños, datos donde se les estipulaba la información personal del menor; y el conocimiento sobre los hábitos bucales y el tiempo de evolución.

FOTO 7. Examen clínico



Además de esto, a los niños se les practicó un examen extraoral donde se observó simetría facial, perfil y competencia labial y un examen intraoral donde se observó forma del paladar, mal posiciones dentarias, espacio de crecimiento, espacio de primate, relación canina y relación molar.

3.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la Resolución No. 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este trabajo investigativo se realizó de acuerdo con los siguientes artículos de la ley anteriormente nombrada:

Título 1. Artículo 4. Por medio del desarrollo de este trabajo investigativo, se realizaron acciones que contribuyen al conocimiento de procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos y a la prevención y control de los problemas de salud.

Artículo 5. Durante el desarrollo de este trabajo investigativo, prevaleció el respeto a la dignidad del ser humano como sujeto de estudio. Igualmente, se respetaron sus derechos y deberes y se veló por la protección de los mismos.

Artículo 6. Este trabajo investigativo se desarrolló, conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustó a los principios científicos y éticos que lo justifican.
- b) Se realizó el consentimiento informado, y se pasó por escrito a los sujetos de estudio, o en su defecto a sus representantes legales, padres o acudientes.

La investigación fue realizada por estudiantes de último año de odontología y profesiones en la misma área, que cuenten con la experiencia para cuidar la integridad de los sujetos de estudio que tenían bajo su responsabilidad. Igualmente, se contó con la supervisión de una entidad de salud, en este caso el Colegio Odontológico Colombiano sede Santiago de Cali.

Sólo se desarrolló el trabajo investigativo, cuando se obtuvo la autorización del representante legal de la institución investigadora, y de la institución donde se realizó la investigación, el

consentimiento informado de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética e Investigación de la Institución.

Artículos 10 y 11. Por medio de los cuales se clasifica el riesgo que tiene la investigación: "con riesgo mínimo" porque la metodología empleó procedimientos comunes, consistentes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico, exploración rutinaria de la cavidad oral, con el fin de determinar características más típicas del hábito bucal que presentaba el sujeto de estudio.

Artículo 12. Por medio del cual el grupo investigador o investigador principal, suspendería el desarrollo del trabajo, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realizara la investigación.

Artículo 14. Se realizó el consentimiento informado, siendo un acuerdo por escrito, sobre el consentimiento de los sujetos de estudio, representantes legales, padres o acudientes, para autorizar su participación en el trabajo investigativo, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterían, con capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 15. El consentimiento informado comprendió la siguiente información, la cual fue explicada en forma completa al sujeto de estudio, representante legal, padre o acudiente:

- a) Justificación y objetivos de la investigación: este proyecto tiene como objetivo dar una visión mas amplia, a docentes y padres de familia de niños en edad preescolar, acerca de la importancia que tiene conocer a tiempo los diferentes tipos de hábitos bucales, que los niños pueden presentar y sus consecuencias dentro del sistema estomatognático.

- b) Procedimientos que vayan a usarse y su propósito: se realizará un examen físico intra y extra oral, con el fin de determinar qué cambios han ocurrido en cavidad oral por el hábito que el niño presente.
- c) El riesgo al que está expuesto el sujeto es mínimo, y las molestias son pocas.
- d) Beneficios que se obtienen: se obtendrán los datos reales acerca de la prevalencia de los hábitos bucales en los niños y sus posibles etiologías, con esto se trabajará en la parte de prevención de salud oral.
- e) Procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f) Garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin perjuicio alguno.
- h) El compromiso de proporcionarle información actualizada durante el desarrollo de la investigación.
- i) Gastos adicionales: éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 16. Para que el consentimiento informado tenga validez, deberá contar con los requisitos nombrados en el artículo 15.

Parágrafo 1:

Por tener un mínimo riesgo, en el desarrollo de esta investigación se realizó el consentimiento informado, el cual fue autorizado por el Comité de Ética de la Institución investigadora, en este caso el Colegio Universitario Colombiano, sede Santiago de Cali

3.10.1 Consentimiento informado

Santiago de Cali, 24 de Abril de 2002

Señor(a)

Ciudad.

Cordial saludo.

Somos un grupo de estudiantes del Colegio Universitario Colombiano, que realizamos nuestro trabajo de grado **"EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE HÁBITOS BUCALES NOCIVOS DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA, DOCENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD PARA LOS NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR ESTRATOS 3-4 EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI"**

Para ello, elaboraremos una cartilla informativa acerca de los hábitos bucales que se pueden presentar con mayor frecuencia en niños de tres a seis años y las futuras alteraciones faciales y dentales que se pueden presentar cuando no se realiza un diagnóstico rápido y un tratamiento eficaz. Nuestro proyecto tiene como objetivo dar una visión más amplia a los padres de familia y a los docentes de los niños en edad preescolar, acerca de la importancia de la prevención de hábitos bucales que al igual que la caries; es salud oral.

Para ello estamos solicitando su consentimiento para que su hijo(a) participe de esta investigación. No existe ningún tipo de riesgo, ya que el sistema de recolección de datos consistirá en un

examen físico intraoral (por dentro de la boca) y extraoral (por fuera de la boca), tomando nota de cada una de las características más importantes del niño.

Igualmente, realizaremos algunas visitas al preescolar para observar al niño y su desarrollo con el medio que le rodea. Esta es una forma de promover la salud preventiva con fines a largo plazo de disminución de la consulta para tratamientos ortodónticos y de corrección facial, que se pueden presentar con los hábitos orales.

Estamos dispuestos a aclarar o resolver cualquier inquietud que se presente y dar la información que usted(es) requieran.

Cualquier gasto que se llegara a presentar, por motivo de esta investigación será cubierto por el presupuesto del grupo investigativo.

Igualmente, si en algún momento el niño requiere retirarse del grupo investigativo, no habrá ningún problema ni perjuicio.

Cordialmente,

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Yo _____ con C.C. No. _____

Acepto: Sí _____ No _____

Que mi hijo(a) _____

Participe del grupo de sujetos para investigar.

Firma _____

CC. No. _____

3.11 RECURSOS

3.11.1 Recursos humanos

Tabla 2. Recursos humanos

Concepto	Descripción	Precio
Tutor Científico	Dr. Carlos Henao	
Tutor Metodológico	Dra. Blanca Acosta	
Grupo Investigador	Lina Margarita Ochoa Patricia Agudelo Cañas Harold Puerta Castañeda	

3.11.2 Recursos físicos

Tabla 3. Recursos físicos

Octavo semestre			
Detalle	Cantidad	Precio Unidad	Precio Total
Borradores	8 unidades	\$500	\$4.000
Papelería	1.000 hojas	\$9.500 x 500 unidades	\$19.000
Diskettes	10 unidades	\$10.000 caja x 10 unidades	\$10.000
Tinta impresora	2 unidades	\$70.000	\$140.000
Lapiceros	8 unidades	\$1.200	\$9.600
Fotocopias	800 hojas	\$70 c/u	\$56.000
Noveno semestre			
Detalle	Cantidad	Precio Unidad	Precio Total
Borradores	8 unidades	\$500	\$4.000
Papelería	500 hojas	\$9.500 x 500 unidades	\$9.500

Continuación tabla 3

Diskettes	10 unidades	\$10.000 caja x 10 unidades	\$10.000
Tinta impresora	1 unidades	\$70.000	\$70.000
Lapiceros	8 unidades	\$1.200	\$9.600
Fotocopias	300 hojas	\$70 c/u	\$21.000
Detalle	Cantidad	Precio Unidad	Precio Total
Borradores	8 unidades	\$500	\$4.000
Papelería	1000 hojas	\$9.500 x 500 unidades	\$19.000
Diskettes	10 unidades	\$10.000 caja x 10 unidades	\$10.000
Tinta impresora	2 unidades	\$70.000	\$140.000
Lapiceros	8 unidades	\$1.200	\$9.600
Bombones	6 paquetes	\$2.000	12.000
Bambas	2 paquetes	\$2.500	\$5.000
Fotocopias	1.800 hojas	\$200 c/u	\$180.000
Guantes	600 pares	\$800 x 50 unidades	\$480.000
Transporte	32 x 4 pasajes	\$1.000	\$300.000
Refrigerio	2 x investigador semanal	\$2.000 x 4 semanas	\$32.000
Subtotal			\$1.251.600

Tabla 4. Recursos financieros

Recursos	Valor total
Humanos	\$0
Físicos	\$1.251.600
Imprevistos 5%	\$62.580
Total General	\$1.314.180

3.12.1 Cronograma prueba piloto

Tabla 5. Cronograma prueba piloto

Fecha	Doctor	Actividad	Recursos	Hora
21 de Agosto de 2002	Harold puerta Lina Ochoa Patricia Agudelo	Entrega de carta de consentimiento informado Instituto Técnico Salomia	Cartas consentimiento informado, lapiceros.	10:00 - 10:30 a.m.
23 de Agosto de 2002	Lina Ochoa Harold puerta Patricia Agudelo	Examen físico, hojas de recolección de datos, entrega de encuesta a padres de familia.	Hoja de recolección de datos, lapiceros, espejo, explorador, bombones, bombas.	10:00 a.m. - 12:00 m.
26 de Agosto de 2002	Lina Ochoa Harold Puerta Patricia Agudelo	Visita Hogar Infantil La Casa del Niño Entrega de cartas y consentimiento informado.	Cartas consentimiento informado, lapiceros.	9:30 - 10:30 a.m.
28 de Agosto de 2002	Lina Ochoa Harold Puerta Patricia Agudelo	Examen físico, hoja de recolección de datos, Hogar Infantil La Casa del Niño.	Hoja de recolección de datos, bombones, lapiceros, espejo, explorador.	9:00 - 10:30 a.m.
29 de Agosto de 2002	Lina Ochoa Harold Puerta Patricia Agudelo	Examen físico, hoja de recolección de datos, Hogar Infantil La Casa del Niño.	Hoja de recolección de datos, bombones, lapiceros, espejo, explorador.	9:30 - 11:00 a.m.
29 de Agosto de 2002	Lina Ochoa Harold Puerta Patricia Agudelo	Cita con el asesor estadístico.		12:30 p.m.
30 de Agosto de 2002	Lina Ochoa Harold Puerta Patricia Agudelo	Entrega de base de datos y hoja de recolección de datos al asesor estadístico.		11:00 a.m.

3.12.2 Cronograma trabajo de campo

Tabla 6. Cronograma de trabajo de campo

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil el Osito José	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Mal posiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Centro Docente Educativo Barranquilla	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Mal posiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Instituto Mixto Ciencia y Saber	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Mal posiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Colegio Emmanuel	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Mal posiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Instituto de Estimulación Precoz Pensadores	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Liceo Infantiles Despertar	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Casita de los Sueños	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Mal posiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Centro Educativo Sebastián de Belálcazar	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Colegio San Pedro Claver	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Travesuras de Winny	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Pelusin	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Bosquecito Iguazú	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
05/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil los Pitufos	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Instituto Técnico Estanislao Zuleta	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Senderitos de Alegría	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil el Principito de los Andes	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Centro Docente República de Francia	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Escuela San Pedro Alejandrino	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Fundación Parroquial Nuestra Señora de los Andes	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Centro Docente Mario Lloreda	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Cielito	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Escuela Maternas Carcajadas	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Colorín Colorado	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil El Gusanito Don Din	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Color Mágico	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
06/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Shallon Pucheritos	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Fundación Niño Jesús de Praga	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Colegio Las Carmelitas	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Los Melositos	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Instituto Técnico Salomia	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Cariositos	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Escuela San Vicente de Paúl	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Colegio Bilingüe Juan Pablo II	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Liceo Infantil Guayacanes	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Centro Docente Manuel Santiago Vallesilla	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Semillitas	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Instituto Técnico La Rivera	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Senderitos de Sabiduría	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
07/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Mis Pequeños Principiantes	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Centro Docente María Paneso	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Hogar Infantil Niño Jesús de Praga	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil la Fuente del Saber	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Mis Sobrinitos	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Colegio San Gabriel Arcángel	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Escuela Maternal Anita Beida	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Diversiones	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil El Mago de oz.	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil los Gorriñoncitos	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Casa Maternal Gotita de Gente	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil La Osita Juguetona	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
10/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Colegio El Bosque	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
11/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil El Mundo que Nos Rodea	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
11/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Casa Maternal Nanita	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
11/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil el Club de los Chicos	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
11/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Armonía Infantil	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
11/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Construyendo Caminos	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
11/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Colegio Inprovacc	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

Continuación tabla 6

Fecha	Alumnos Encargados	Colegio	Actividad
11/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Instituto José María Vivas Balcazar	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones
11/03/03	PATRICIA AGUDELO LINA MARGARITA OCHOA HAROLD PUERTA	Jardín Infantil Angelitos	❖ Datos personales ❖ Examen extraorales ❖ Tipo de hábitos ❖ Simetría facial ❖ Competencia labial ❖ Perfil ❖ Examen intraoral ❖ Forma del paladar ❖ Desgaste dentario ❖ Malposiciones dentarias ❖ Espacios de crecimiento ❖ Relación canina ❖ Relación molar ❖ Maloclusiones

4. RESULTADOS

Los hábitos bucales se acompañan de múltiples consecuencias que a largo plazo pueden ser perjudiciales para el desarrollo bucal y craneofacial.

Se realizó el estudio en 600 niños de estrato 3 y 4, en la ciudad de Santiago de Cali, de los cuales 460/600 fueron de estrato 3 y 140/600 estrato 4.

Se analizaron 175/600 niños en edad preescolar de 3 años, 279/600 de 4 años y 146/600 de 5 años de ambos sexos. El 86/600 presentaba enfermedades respiratorias, 1/600 desnutrición, 2/600 trastornos de crecimiento y desarrollo. En cuanto a su comportamiento encontramos 390/600 son extrovertidos, 102/600 tímidos, 50/600 introvertidos, 30/600 sobreprotegidos, 19/600 agresivos, 9/600 aprehensivos, Siendo de mayor incidencia los niños extrovertidos, se estableció que 146/600 de los padres tienen conocimiento sobre hábitos, 136/600 tienen conocimiento de que era hábito nocivo, 48/600 tienen conocimiento sobre hábito pernicioso.

80/600 presenta el hábito de la Onicofagia, 152/600 succión digital, siendo ésta la de mayor incidencia; 7/600 presenta queilofagia, 81/600 presenta respiración oral, 48/600 usa chupón, 20/600 presenta el hábito de mordedura de labio, 53/600 presenta bruxismo, 11/600 presenta otro tipo de hábito como uso de biberón y seseo, el 89/600 de los padres de familia han recibido información sobre hábitos bucales, el 17/600 son tratados, el 73/600 han recibido información preventiva.

En la valoración extraoral se encontró que 516/600 de los niños presentan simetría facial, 84/600 asimetría facial, 428/600 presenta competencia labial, 172/600 no la presenta, 289/600 presenta perfil convexo, 274/600 recto, y 37/600 cóncavo.

En la valoración intraoral se observa que la mayoría de los pacientes, 469/600 presentaron paladar profundo, 64/600 paladar estrecho, 49/600 amplio, 18/600 plano. Desgaste dentario 290/600 no lo presenta, 261/600 presenta desgaste en dientes anteriores a nivel de los caninos considerado como desgaste fisiológico, 12/600 desgaste posteriores considerado como patológico, 37/600 en dientes anteriores y posteriores considerado como signo de bruxismo.

En mal posiciones dentarias se observa que 22/600 presenta giro versión, 136/600 diastemas, 72/600 apiñamiento, 1/600 intrusión, 2/600 extrusiones.

Al realizar el examen a nivel dental, 547/600 presenta espacios de crecimiento superior, 532/600 espacios de crecimiento inferior, 51/600 no aplicable, 547/600 espacios de primate superior, 532/600 espacios de primate inferior, el 50/600 no los presenta, 476/600 clase I canina 95/600, clase II canina, 28/600 clase III, la relación molar 347/600 plano terminal recto, 179/600 escalón distal, 74/600 escalón mesial; en maloclusiones se observa que 48/600 presenta mordida abierta anterior bilateral, 2/600 mordida abierta posterior unilateral, 9/600 mordida cruzada anterior bilateral, 14/600 mordida cruzada posterior unilateral, 28/600 prognatismo del maxilar superior, 12/600 Retrognatismo del maxilar inferior.

Tabla 7. Valoración del Índice Kappa

VALORACIÓN DEL ÍNDICE KAPPA	
VALOR DE K	FUERZA DE LA CONCORDANCIA
K < 0.20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1.00	Muy Buena

(López et al, 1999)

Se realizó entre los 3 operadores, donde se obtuvo un resultado muy bueno de 0.81 – 1.00 de todos los datos realizados en los nueve niños del Colegio San Pedro Claver, según valoración del índice de Kappa.

Figura 1. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que 23% son de estrato 4 y 77% son de estrato 3

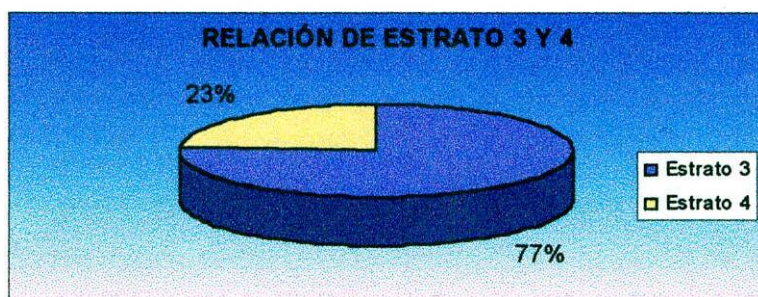


Figura 2. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 29% tiene 3 años, 47% tienen 4 años y el 24% tienen 5 años.

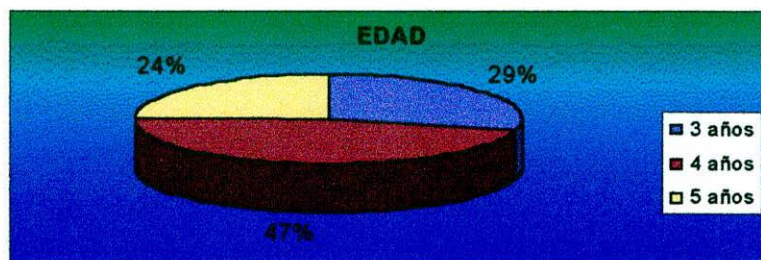


Figura 3. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 49% son de sexo femenino y el 51% son de sexo masculino

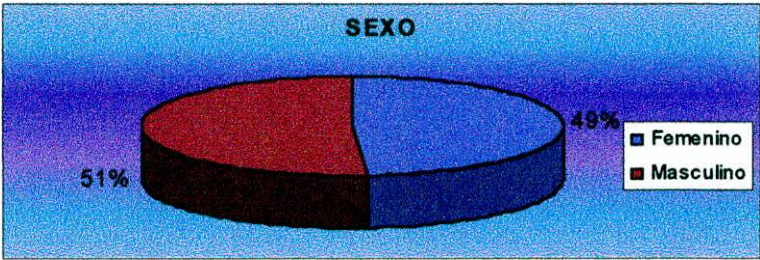


Figura 4. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que 98% no son de comportamiento aprehensivo, 2% son de comportamiento aprehensivo

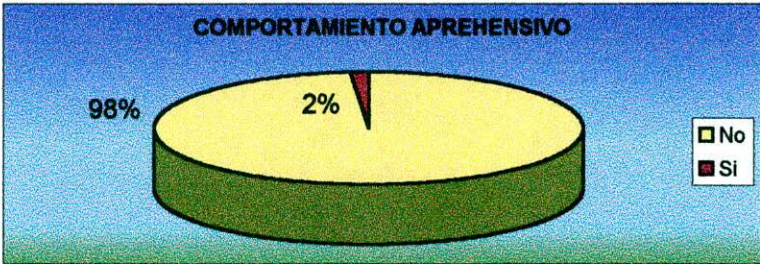


Figura 5. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que 83% No son de comportamiento tímido, 17% son de comportamiento tímido

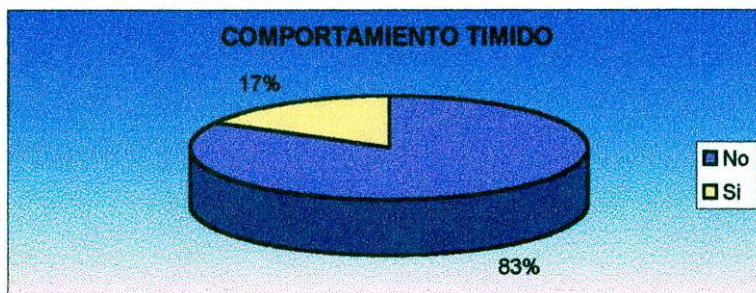


Figura 6. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que 92% No son de comportamiento introvertido, 8% son de comportamiento introvertido



Figura 7. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que 97% no son de comportamiento agresivo 3% son de comportamiento agresivo



Figura 8. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que 35% No son de comportamiento extrovertido, 65% son de comportamiento extrovertido, siendo esta la variable con mayor frecuencia.



Figura 9. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el comportamiento extrovertido es la variable de mayor frecuencia

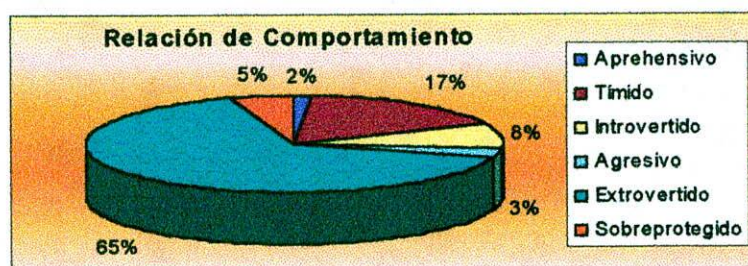


Figura 10. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 74% de los padres No tienen conocimiento acerca de hábitos bucales, el 26% si tiene conocimiento de ellos

CONOCIMIENTO DE HÁBITOS

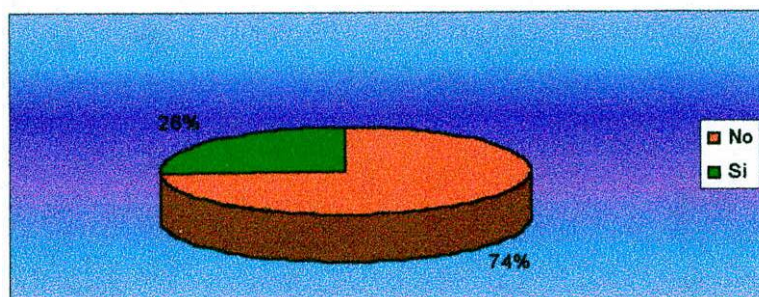


Figura 11. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 77% Los padres no saben que es un hábito nocivo, 23% saben que es un hábito nocivo

CONOCIMIENTO DE HABITO NOCIVO

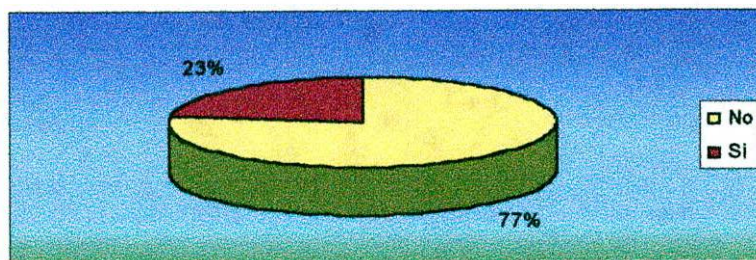


Figura 12. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 92% Los padres no tienen conocimiento de que es un hábito pernicioso , 8% si saben que es habito pernicioso

CONOCIMIENTO DE HABITO PERNICIOSO

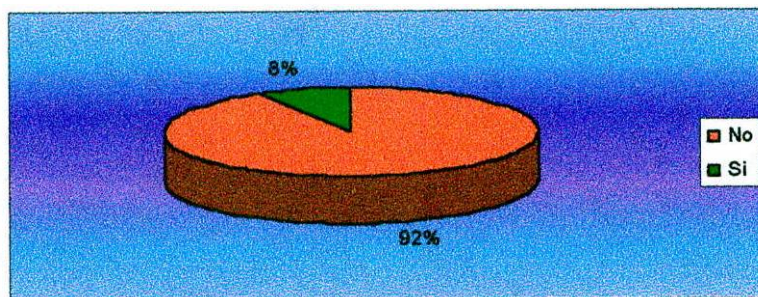


Figura 13. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 87% No presentan el hábito de la Onicofagia, 13% si presentan el hábito

ONICOFAGIA

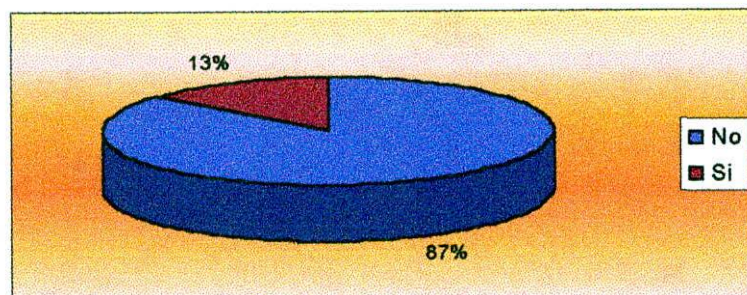


Figura 14. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 75% No presentan el hábito de succión digital, 25% si presentan el hábito succión digital

SUCCIÓN DIGITAL

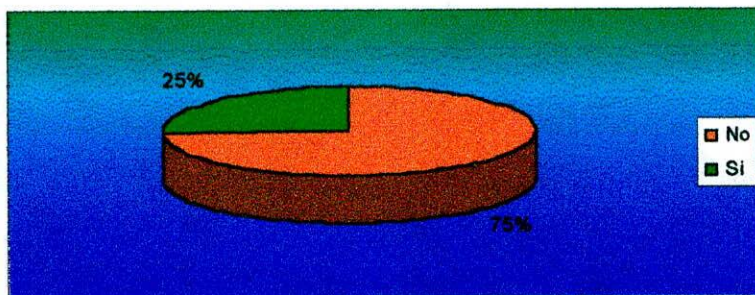


Figura 15. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 99% No presentan el hábito de mordedura de lengua, 1% si presentan el hábito

MORDEDURA DE LENGUA

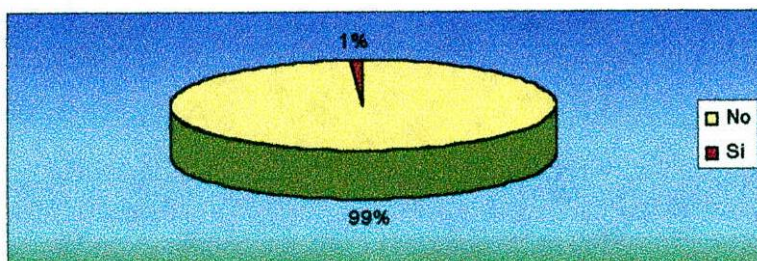


Figura 16 De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 86% No presentan el hábito de respiración bucal, 14% si presentan el hábito

RESPIRACIÓN BUCAL

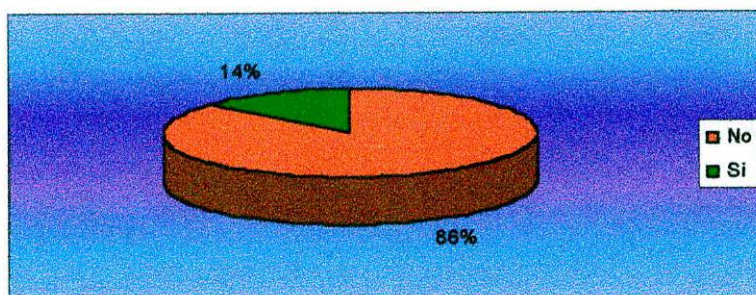


Figura 17. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 92% No realizan el hábito de usar el chupón, 8% si lo realizan

USO DE CHUPÓN

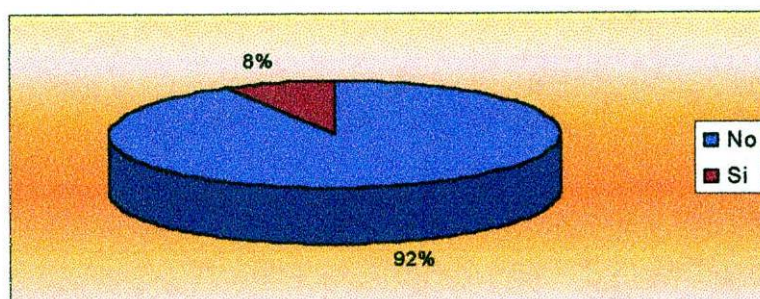


Figura 18. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 97% No presentan el hábito de mordedura de labio, 3% si presentan el hábito

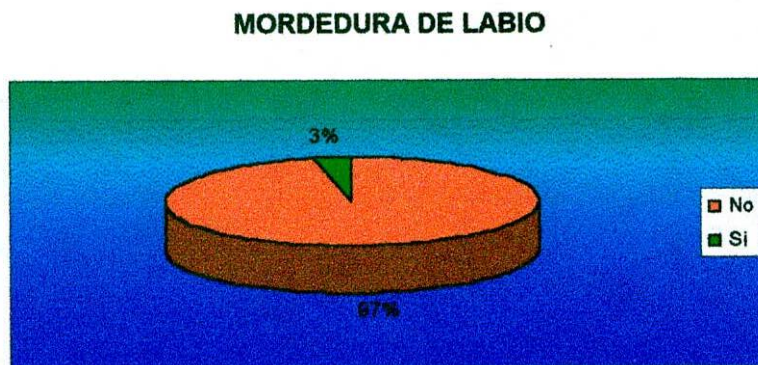
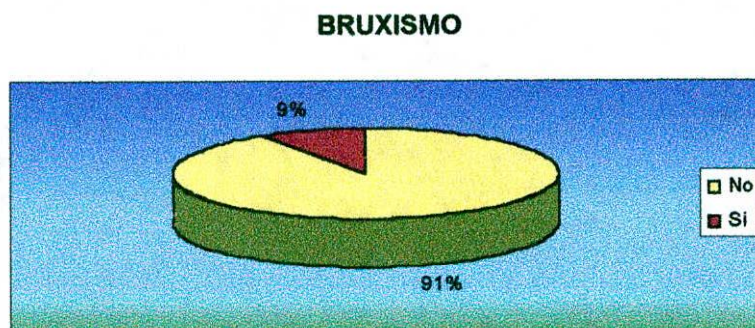


Figura 19. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 91% No presentan el hábito de bruxismo, 9% si presentan bruxismo



DE los datos obtenidos en los 600 niños observamos que el hábito que se encuentra con mayor frecuencia en el estrato 3 y 4 de la ciudad de Santiago de Cali, es el hábito de la Succión Digital

Figura 20. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 85% de los padres No han recibido información de hábitos bucales, 15% Si han recibido información

INFORMACIÓN DE HáBITOS BUCALES

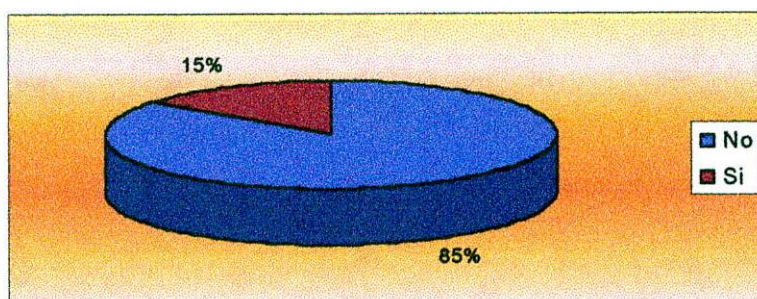


Figura 21. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 97% de los niños No han recibido tratamiento para hábitos bucales, 3% Si han recibido tratamiento para hábitos bucales

TRATAMIENTO DE HáBITOS BUCALES

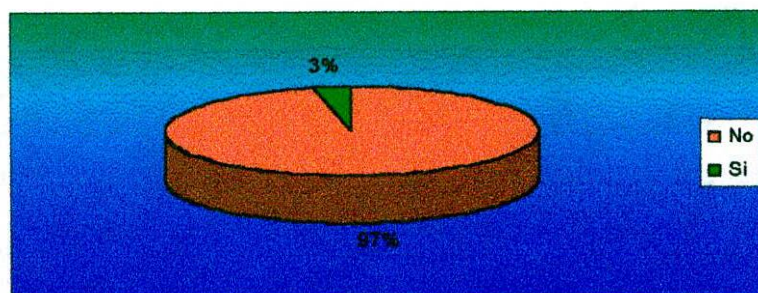


Figura 22. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 88% de los padres No han recibido información preventiva sobre hábitos bucales, 12% Si han recibido información preventiva sobre hábitos bucales

PREVENCIÓN DE HÁBITOS BUCALES

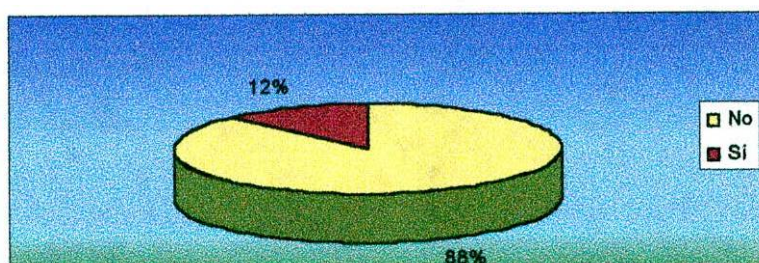


Figura 23. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 71% de los niños No presentan competencia labial, 29% si presentan competencia labial

COMPETENCIA LABIAL

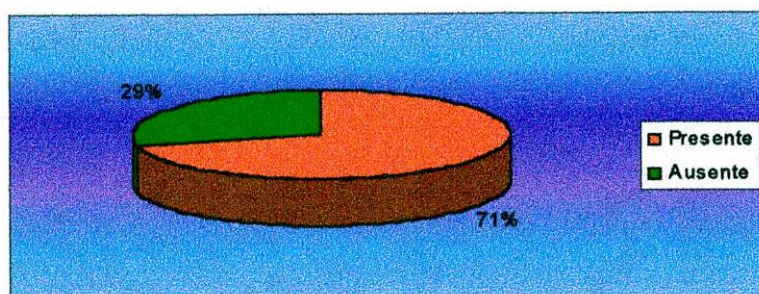


Figura 24. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 86% de los niños No presentan simetría facial, 14% si presentan simetría facial

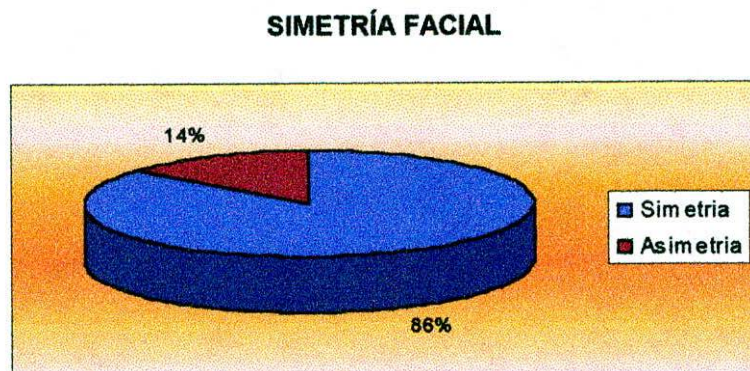


Figura 25. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 46% de los niños presentan perfil recto, 48% presenta perfil convexo, 6% presenta perfil cóncavo

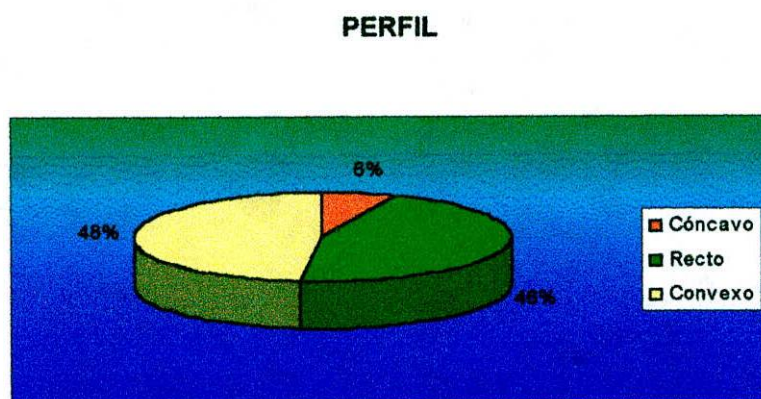


Figura 26. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 78% presenta forma de paladar profunda, 3% presenta forma de paladar plano, 11% presenta forma de paladar estrecha, 8% presenta forma de paladar amplio

FORMA DE PALADAR

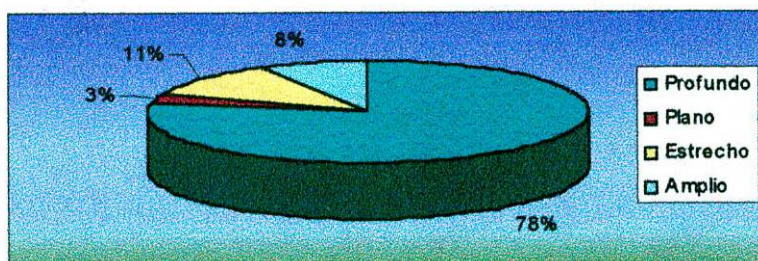


Figura 27. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 48% no presenta desgaste dentario, 44% presenta desgaste dentario en dientes anteriores, 2% presenta desgaste dentario en dientes posteriores, 6% presenta desgaste dentario en dientes anteriores y posteriores

DESGASTE DENTARIO

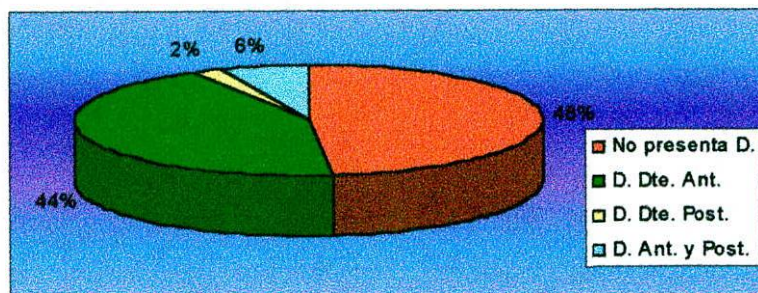


Figura 28. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 96% no presenta mal posiciones dentarias, 4% presentan mal posición dentaria

MAL POSICIONES DENTARIAS

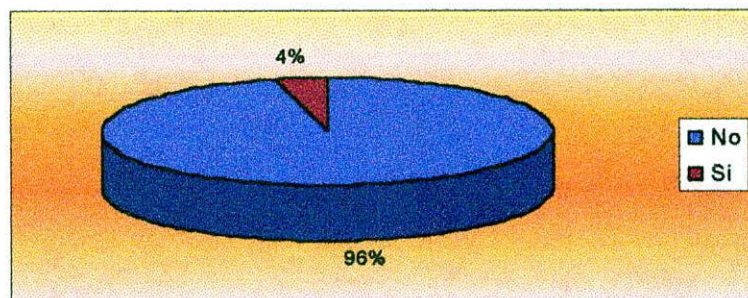


Figura 29. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que no hay mucha frecuencia de mal posiciones dentarias en la población estudiada, la variable que se encontró con mayor prevalencia es la de apiñamiento

RELACIÓN DE MAL POSICIONES

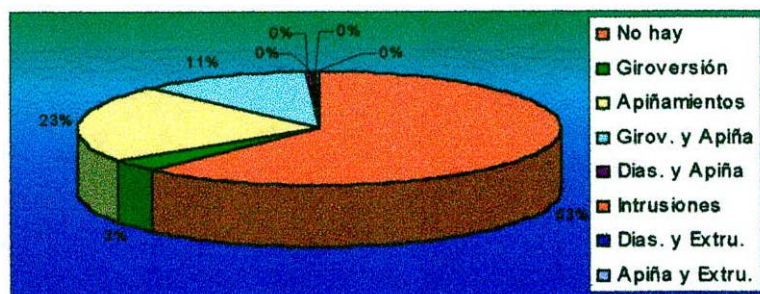


Figura 30. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que el 91% presentan espacios de crecimiento superior, el 9% no presentan

ESPACIOS DE CRECIMIENTO SUPERIOR

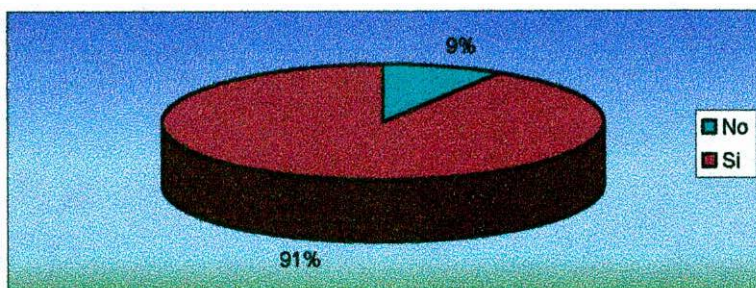


Figura 31. De acuerdo a los datos obtenidos en los 600 niños se observa que 89% presentan espacios de crecimiento inferior, 11% no presentan

ESPACIOS DE CRECIMIENTO INFERIOR

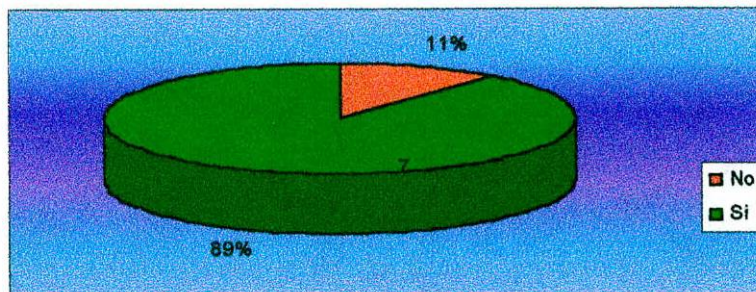


Figura 32. Variable donde se observa los niños que presentaron tanto espacios de crecimiento superior como de inferior

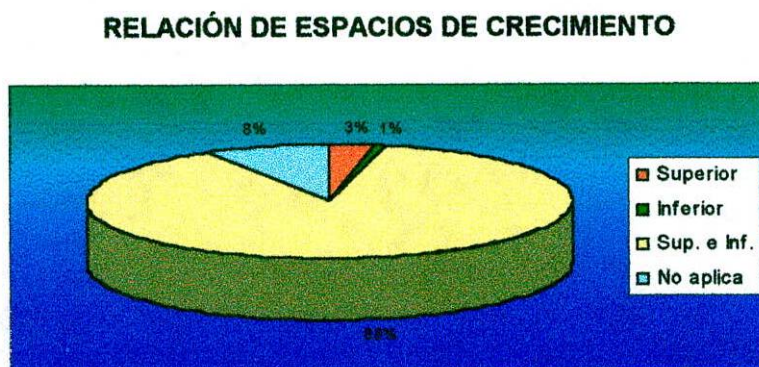


Figura 33. variables de espacios de pimate, superior derecha e izquierda

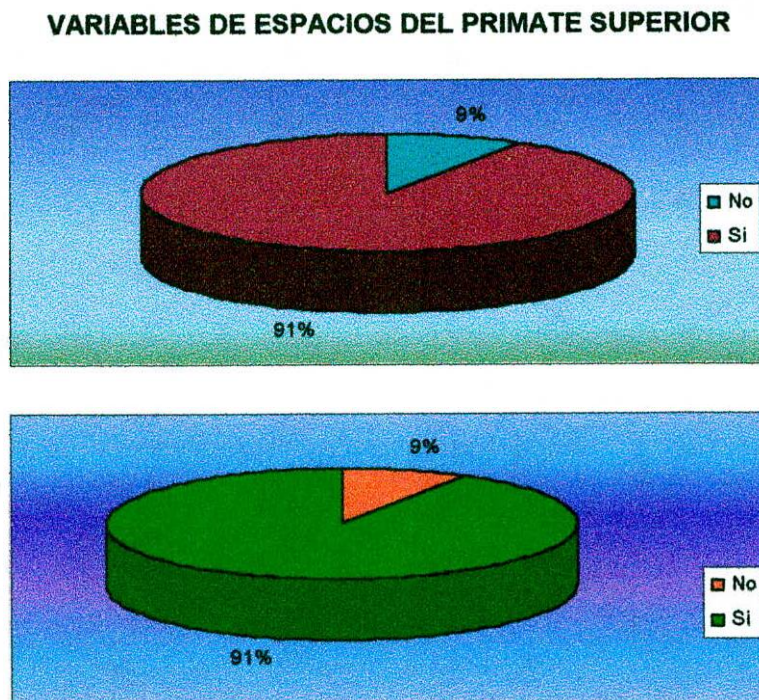


Figura 34. Variables de espacios de primate, inferior izquierda e inferior derecha

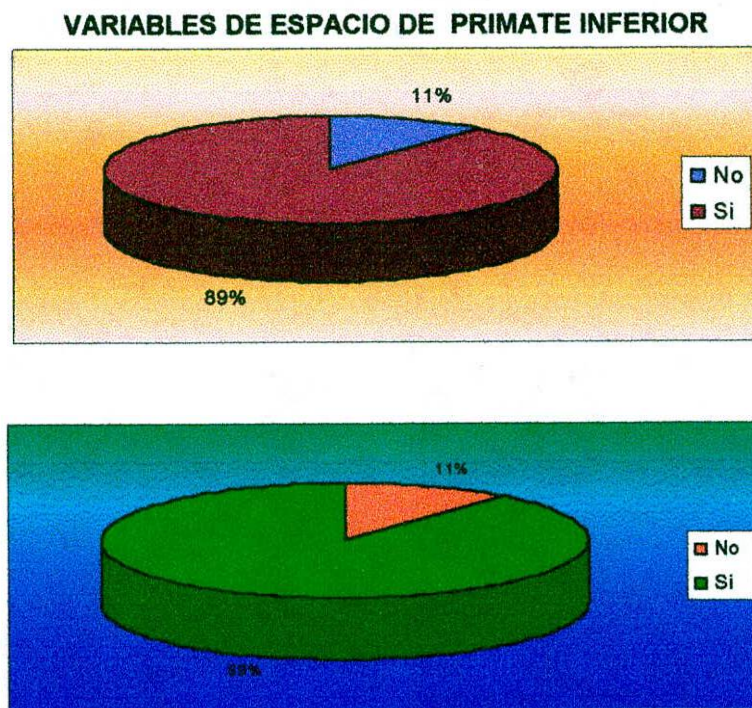


Figura 35. Comparación de la variable de espacios de primate, para observar cuantos lo presentaban y cuantos no.

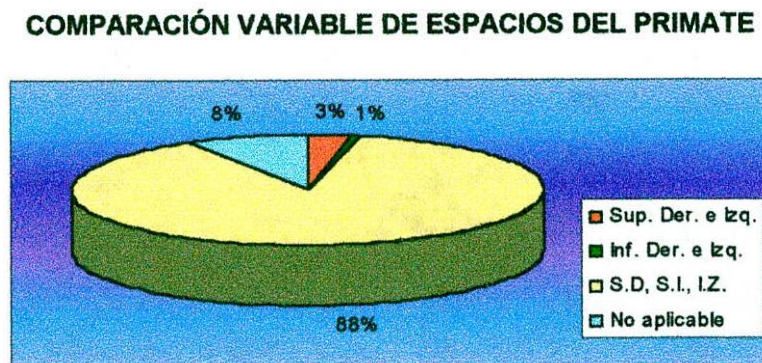


Figura 36. Variable de relación canina observada en los 600 niños, 79% son relación canina clase I, 16% son relación canina clase II, 5% son relación canina clase III

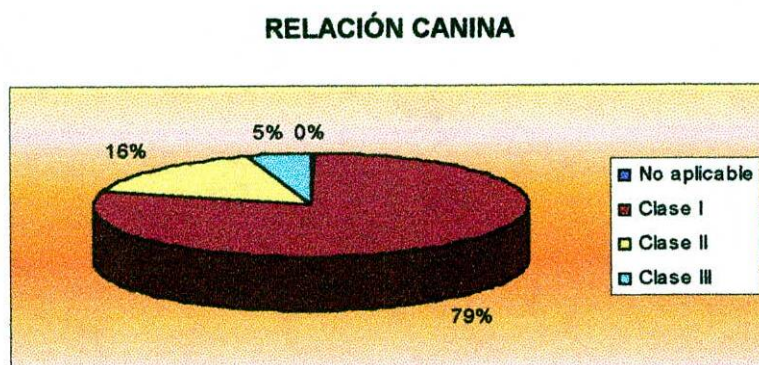


Figura 37. Variable de relación molar observada en los 600 niños, 57% son relación molar en plano terminal recto, 12% son escalón mesial, 9% son escalón distal

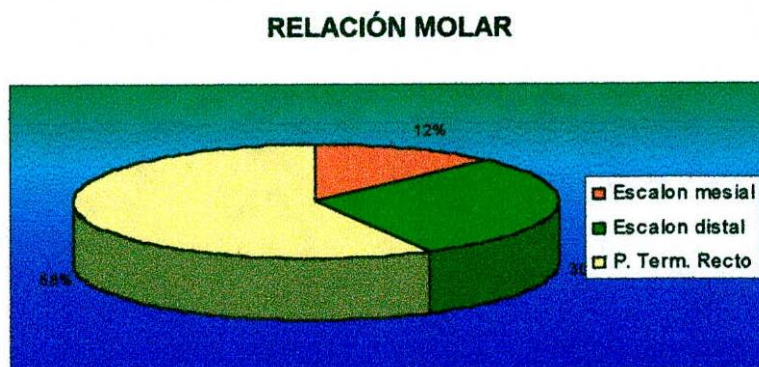
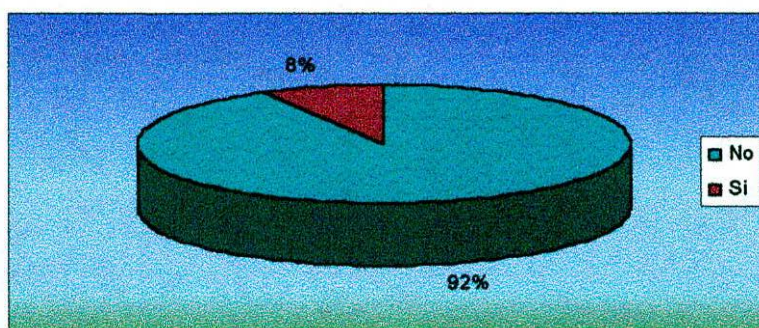
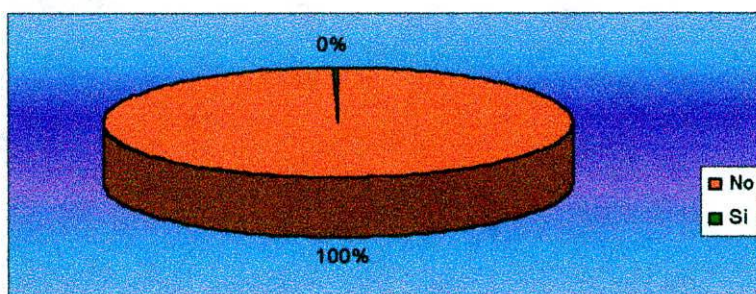


Figura 38. variables de maloclusiones observadas en los 600 niños de estrato 3 y 4 en la ciudad de Santiago de Cali

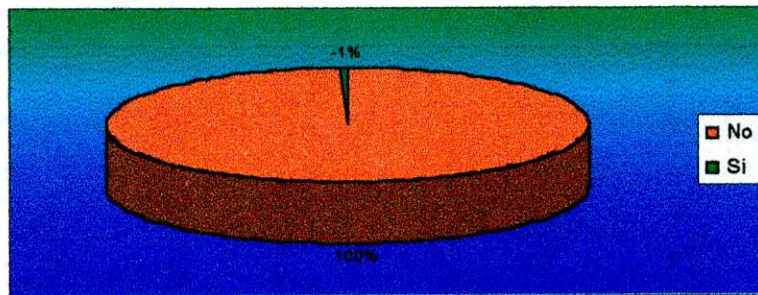
MORDIDA ABIERTA ANTERIOR



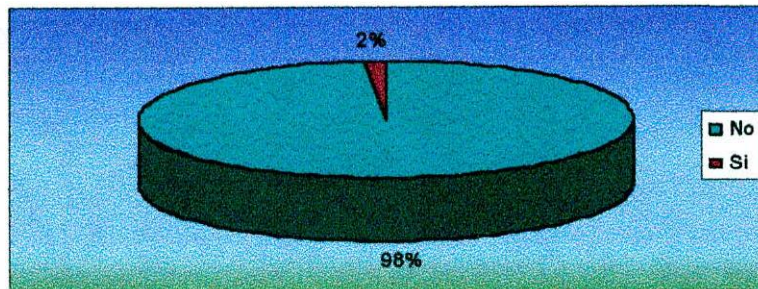
MORDIDA ABIERTA POSTERIOR



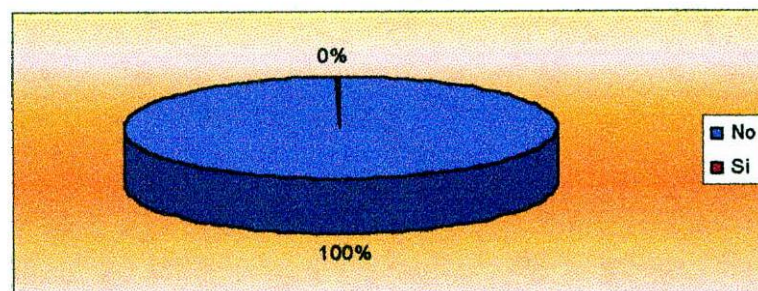
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR



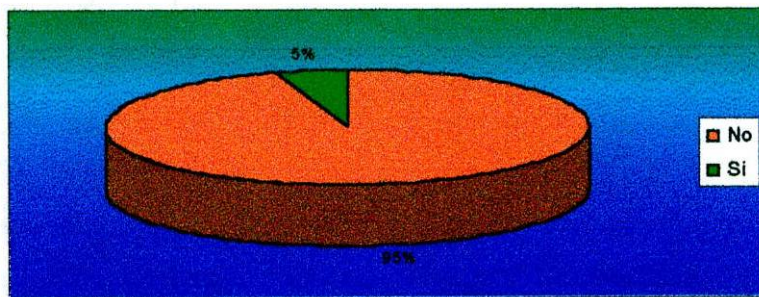
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR



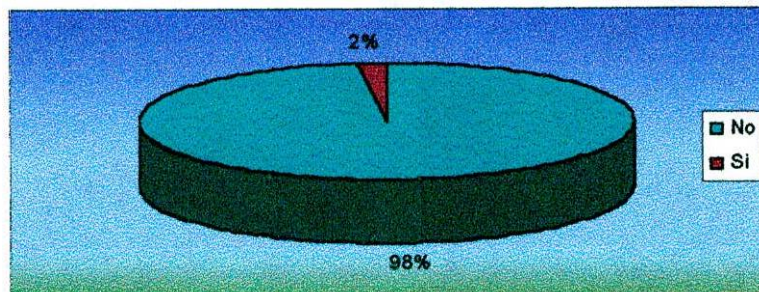
PROGNATISMO MAXILAR INFERIOR



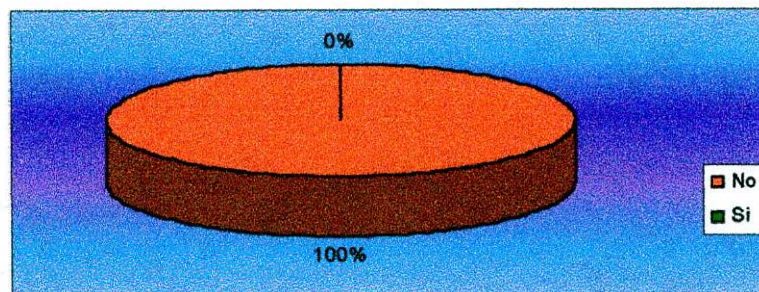
PROGNATISMO MAXILAR SUPERIOR



RETROGNATISMO MAXILAR INFERIOR



RETROGNATISMO MAXILAR SUPERIOR



5. DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en el estudio de la población correspondiente a estrato socioeconómico 3 y 4 de la Ciudad de Santiago de Cali, demostraron que los hábitos bucales pueden ser factores causantes o no de una maloclusión, de esto dependerá la capacidad del hueso para responder a los estímulos de presión y de la frecuencia, intensidad y duración con que se realice; muchos de los pacientes observados presentaron el hábito y no necesariamente había una maloclusión, Como se observo en la succión digital, la respiración bucal y la deglución atípica. Existe concordancia con muchos autores en la literatura donde explica que el hábito bucal puede o no causar una maloclusión.

6. CONCLUSIONES

En este estudio se realizo para los padres de familia una encuesta la cual genero interrogantes acerca del bajo conocimiento de los padres sobre hábitos bucales, la forma de prevenirlos e identificarlos. Sus declaraciones fueron importantes no solamente para observar frecuencia, duración y posibles alteraciones a nivel neuromuscular que causan los hábitos bucales, si no también para determinar el comportamiento de los niños y pensar que es considerado como un factor predisponente para el desarrollo de un hábito. Se observo en el estudio una interrelación del hábito con las variables perfil, competencia labial y simetría facial, se pudo establecer una relación estrecha entre estas ya que en algunos ocasiones el tipo de hábito estaba ligado con estas características físicas, como se identifico en el hábito de succión digital, el cual se presento con mayor frecuencia y preciso la mayor cantidad de alteraciones dentó faciales observables como prognatismo del maxilar superior, eversion de incisivos superiores entre otros.

7. RECOMENDACIONES

Es muy importante la anamnesis del paciente para elaborar una historia médico-odontológica lo más completa posible, con el fin de identificar características de hábitos bucales en estos pacientes e implementar un protocolo adecuado que consiste en dar una buena información y orientación para que los padres de familia se concienticen de las futuras consecuencias que acarrearán los hábitos bucales.

Para estudios futuros se recomienda realizar un sistema de recolección de información donde se profundice en el conocimiento del entorno familiar y social en el que se desenvuelve el niño, para determinar si existen factores que predispongan la adquisición de cualquier hábito bucal, teniendo un contacto directo con los padres de familia para aclarar dudas y responder inquietudes.

8. BIBLIOGRAFÍA

ARIOZA JIMÉNEZ, Áurea Yanela et al. ALTERACIONES DEL HABLA EN NIÑOS CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES. Revista cubana de ortodoncia. Vol. 13 (1) (1997) Págs. 29-38.

ATAIDE RODRÍGUEZ, Eduardo. MANEJO TEMPRANO DE LOS HÁBITOS ORALES. Postgrado de ortodoncia y ortopedia maxilar del Colegio Odontológico Colombiano.(1995).

AVELLANEDA, Larena. BRUXISMO Y TERAPIA DE MODIFICACIÓN. Centro de anomalías craneofaciales. Universidad de California. Págs. 1-7.(1999).

BAYARDO, RE. HÁBITOS ANOMALOS. ASDC Journal of dentistry for children. Etiology of oral habits. (1996) Págs. 3-7.

BENTACOUR LÓPEZ, Marcia et al. DESARROLLO DEL LENGUAJE EN EL NIÑO CUBANO MENOR DE 18 MESES. Revista cubana de ortodoncia. Vol.7 (1) (2000) Págs. 32-39.

CABALLERO ALCOBA Rafael. LAS MALOCLUSIONES CONCEPTOS FUNDAMENTALES PARA LA PRÁCTICA GENERAL. Págs. 320 -322.(1994).

CABRERA, Norma RIGAL. DISLALIAS. Revista Cubana Ortodoncia. Vol. 14 No. 2 (1999) Págs. 89-93.

CAMERON, A Y WINDER, R. MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA. Ed Harcourt Bracte, (1998) Págs. 271 –272

CAMUCET ORTIZ, Blanca Luz. PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN Y DISFAGIA. (2000). Págs. 115 - 130.

CÁRDENAS JARAMILLO, Darío, OD. M.S.C. FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGÍA, ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Segunda edición. Corporación para investigaciones biológicas (2000)..

CÁRDENAS JARAMILLO, Darío. FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGÍA. Págs. 226-229. (2000)

CEPERO SANTISO, Armando. DIAGNOSTICO ORTODONTICO EN NIÑOS DEL ÁREA DE LA SALUD. Págs. 210-214(1996).

CETINA SUASA, Gregorio. EL NIÑO QUE CHUPA DEDO O USA CHUPÓN. Universidad Antonio Nariño. Págs. 130-132(1999).

CORTÉS CUELLAR, Claudia Patricia. SUCCIÓN DIGITAL, APROXIMACIÓN PSICOLÓGICA DEL TRATAMIENTO. Universidad Antonio Nariño. (2000)

CHACONAS, Spiro. TÉCNICAS ORTODONTICAS LIMITADAS Y DE INTERCEPCIÓN. Ortodoncia. Cap. 7 Págs. 198 -203.(1996).

CHISTENSEN, Jhon r. HÁBITOS BUCALES. Cap. 26 Págs. 120-130.(1996)

CHISTENSEN, Jhon R. TRATAMIENTO ORTODONCICO EN LA DENTICIÓN PRIMARIA Cap. 27. Págs. 383 -387.(1996)

CHUONG, Robert, TEMPOROMANDIBULAR, ARTICULACIÓN TRASTORNOS EXTRACAPSULARES. Vademécum Clínico Odontológico. Mac Graw Hill.(1996).

DAHAN, José Y COLS. ORAL PERCEPTION IN TONGUE THRUST AND OTHER ORAL HABITS. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics. Vol. 118 No. 4 Págs. 385 - 391. Octubre (2000).

DOMÍNGUEZ REYES, Antonio Y COLS. CONSIDERACIONES PRACTICAS PARÁMETROS OCLUSALES. Ortodoncia Española. (1999) Págs. 234 -240.

E. BARBERIA, Leache ET Y COLS. ODONTOPEDIATRIA. Ed. Masson S.A.(1995) Págs. 368-370.

EGIL P., Harvold. ADAPTACIONES NEUROMUSCULARES Y MORFOLÓGICAS EN LA RESPIRACIÓN ORAL INDUCIDA EXPERIMENTALMENTE. Centro de anomalías craneofaciales. Págs. 121-125 Universidad de California.(2000)

FELIPE BARRIOS, Lidia. HÁBITOS DE RESPIRACIÓN BUCAL EN NIÑOS. Revista Cubana Ortodoncia 2001-16 (1) Págs. 47 -53.

FELIPE HERNÁNDEZ, Oswaldo et al. NUEVA PANTALLA VESTIBULAR SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DESARMONIAS DENTOMAXILOFACIALES. Revista cubana de ortodoncia. Vol. 11 (1) (1996) Págs. 7-14.

FERNÁNDEZ TORRES, María Celis y ACOSTA COUTIN, América, HÁBITOS DEFORMANTES EN ESCOLARES DE EDAD PRIMARIA. Revista Cubana de Ortodoncia. Vol. 12. No.2 (1997) Págs. 79-83.

FIELDS CASAMA, SSIMO Y PINKHAM, Nowak. ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. 2 edición. Ed. Interamericana. Págs. 365 -368.(1985).

FUCH MODELER POULSEN, Rusmussen. ODONTOPEDIATRIA. ENFOQUE CLÍNICO. Editorial panamericano. Cap. 16 Págs. 209-221.(1993).

FUCH MODELER POULSEN, Rusmussen. ODONTOPEDIATRIA. ENFOQUE CLÍNICO. Editorial panamericano. Cap. 18. Págs. 368-371.(1993).

GARRETTO, Ana Lía. FACTORES DE RIESGO EN LOS DESORDENES MÍO FUNCIONALES ORALES.

GAVISH. A COLS. ORAL HABITS AND THEIR ASSOCIATION WITH SIGNS AND SYMPTOMS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS. Journal of oral rehabilitation. Vol. 27 Págs. 22-32 (2000).

GRABER Thomas, M Y COLS. ETIOLOGÍA DE LOS PROBLEMAS ORTODONTICOS. Ed. Panamericana. Págs. 18-24.(1998).

HERNÁNDEZ CASTILLO, Rolando. RELACIÓN ENTRE LAS MALOCCLUSIONES Y LOS DESORDENES CRÁNEO MANDIBULARES. Revista cubana ortodoncia.(1999).

HERNÁNDEZ MAYA, Bernardina. EFECTIVIDAD DE LA PERSUASIÓN COMO TERAPIA PARA LA EMILINACIÓN DE HÁBITOS BUCALES INCORRECTOS. Revista cubana de ortodoncia. Vol. 12 (2) (1997) Págs. 1-8.

ILZARDE, Luis María. BRUXISMO Y TERAPIA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. Centro de Anomalías craneofaciales. Universidad de California.(2000).

ILZARDE, Luisa María. PRESENTACIÓN DE UN NUEVO MÉTODO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ONICOFAGIA. ASIDC Journal of dentistry for children. (2000) Págs. 1-11.

JARAMILLO CÁRDENAS, Darío. FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGÍA. CONDUCTA Y MANEJO DE PACIENTES NIÑOS. Cap. 2 Págs. 22-29.(2000).

JARAMILLO, Natalia. ALGUNA COSTUMBRES ALTERAN SU DENTADURA. Octubre (2000) Págs. 110 -112.(2000).

JHONSON, Eric D Y LARSON, Brent. THYMB-SUCKING. CLASSIFICATION AND TREATMENT. Journal of dentistry for children. Noviembre- Diciembre (1993) Págs. 1-12.

JHONSON, Eric D Y LARSON, Brent. THYMB-SUCKING. CLASSIFICATION AND TREATMENT. Journal of dentistry for children. Noviembre-Diciembre (1993) Págs. 123 -128.

LÓPEZ MÉNDEZ, Yllian. LACTANCIA MATERNA EN LA PREVENCIÓN DE ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES. Revista Cubana ortodoncia. Vol. 14 (1) 32-8 (1999).

MAGUIRE, John A. THE EVALUATION AND TREATMENT OF PEDIATRIC ORAL HABITS. Pediatric dentistry. Dental Clinics of North America. Vol. 44 No.3 julio (2000).

MAYA HERNÁNDEZ, Bernardina. EFECTIVIDAD DE LA PERSUASIÓN COMO TERAPIA PARA LA ELIMINACIÓN DE LOS HáBITOS BUCALES INCORRECTOS. Revista cubana ortodoncia. Vol. 15 No. 2 Págs. 66-70 (2000).

MAYORAL, Guillermo. DEGLUCIÓN Y FUNCIÓN LINGUAL. Actualidades médico-odontológicas. Ed. Latinoamericana. Págs. 151-160.(1999).

MC DONAL, Avery. ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE. Ed Panamerica, México DF (1990) Págs. 726 -733.

MC DONALD, Avery ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE. Cap. 10. Págs. 185-213. Ed. Panamericana. México DF. (1990)

MEDINA DUEÑAS, Carmen Elisa. ODONTOPEDIATRIA DEL MANEJO DE HÁBITOS ORALES. Cap. 6 Págs. 101-104.(1993).

MOHR, Liliana Y MARTÍN Alejandra. LOS HÁBITOS Y LAS MALOCLUSIONES. Revista científica y de información profesional. (1997). Págs. 345- 350.

NEGORON, TAKEFUMI Y BRIGGS, Jenice. ESTUDIO DE MODELOS DE BRUXISMO COMPARADOS CON EL APRETÓN INTERCUSPIDEO. 65/ Págs. 449-458. Noviembre-Diciembre (1998).

NOWAK, Arthur Warren, HONH. INFANT ORAL HELTH AND ORAL HABITS. Pediatric oral helth. Pediatric clinics of North America. Vol. 17 No. 5 Octubre (2000).

PEÑA RODRÍGUEZ, Nelcys V. ANOMALÍAS DE LA OCLUSIÓN Y TRASTORNOS EN LA ARTICULACIÓN DE LA PALABRA. Hospital pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez".(1998).

PÉREZ MORA, Cleotilde y FERNÁNDEZ LÓPEZ, Raúl. APARATOLOGÍA ORTODONCICAS Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE. Revista cubana de ortodoncia. Vol. 16 (1) (2001) Págs. 38-46.

PIERANTONELLI. Luigi. ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES. PRESENTACIÓN DE UN NUEVO APARATO: EL BIMAFLEX DE PIERANTONELLI. Revista cubana de ortodoncia. Vol. 14 (2) (1999) Págs. 112-120.

PLAMESLS, PALOMA Nieves. HÁBITOS DE SUCCIÓN DIGITAL Y CHUPETE EN EL PACIENTE ODONTOPEDIATRICO. Enfoques terapéuticos. Revista Científica y de información profesional, profesión dental, Vol. 20 (1997) Págs. 1-10.

PROFFIT, William. SUCCIÓN Y OTROS HÁBITOS. Ortodoncia teoría y actualidad medico odontológicas. Ed. Latinoamericana. Págs. 198 -204.(1999).

REVEL, Daniel Y Adair, SM QUE SE PUEDE HACER SOBRE HÁBITOS DE SUCCIÓN DE PULGAR. Odontología pediátrica. Vol. 1 Págs. 451 -454 (1999).

RODRÍGUEZ SORHEGUI, Ada et al. NUEVA PANTALLA VESTIBULAR: SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DESARMONIAS DENTOMAXILOFACIALES. Revista cubana de Ortodoncia. Vol. 13 (2) (1988) Págs. 107 -111.

SEGURA, María Luisa. INTERRELACIONES ENTRE LA ODONTOLOGÍA Y LA FONOAUDIOLOGIA. 2 Edición. Ed. Medica Panamericana. Págs. 107-127.(1997)

SUBTELNY, Daniel Y COLS. O Department of Orthodontics Eastman Dental Center. Vol. 43 No. 4 Págs. 323 -330.(2000).

WINOCUR, E Y COLS. GENERALIZED JOINT LAXITY AND INTS RELATION WITH ORAL HAS SILVESTRE Donat Fj Y SERRANO MARTINEZ, Pier. EL SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE. Revisión de conceptos y puesta al día. Medicina oral. Vol. 2 (1997) Págs. 30-38.

ZIELINSKY, Luis. LOS ENFOQUES PSICOLÓGICOS AYUDAN A CONTROLAR EL DOLOR OROFACIAL COMPLEMENTADO KA TERAPIA OCLUSAL Y PROTÉSICA. Revista Cubana de ortodoncia. Vol. 12 No. 7 (1997).