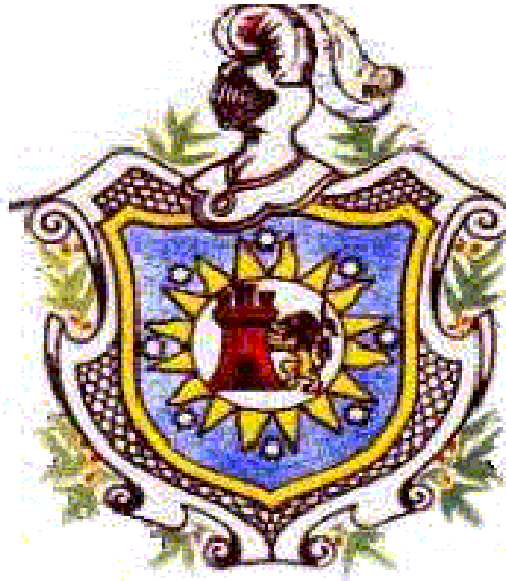


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA MERCEDES VARELA DE LA CIUDAD DE LEÓN, II SEMESTRE DEL 2004.

AUTORAS:

- ◆ Petrona Johana Duarte Toval.
- ◆ Thania de los Andes López Contreras.
- ◆ Ivania Rosalía Prado Pérez.

TUTOR: Dr. Julio Gómez.

ASESOR: Dr. Jorge Cerrato.

DEDICATORIA.

A Dios Padre, por darme la vida, sabiduría y fortaleza, para continuar en los momentos más difíciles.

A mi padres: Humberto Duarte y Carmen Toval, por su apoyo, paciencia y sacrificio; por guiarme en el camino del conocimiento.

A mis hermanos y sobrinitos, porque son parte influyente en la culminación de mis estudios de mi vida, en especial a mi sobrinito Brayan David Duarte, quien es mi hijo de crianza, él ha sido la fuente de motivación e inspiración.

A todos mis Tíos que me apoyaron y animaron a lo largo de toda mi carrera, en especial a Rosario Toval.

A mi cuñado Carlos Urcuyo por su apoyo incondicional que me brindó.

PETRONA JOHANNA DUARTE TOVAL.

DEDICATORIA.

A mi Padre Celestial: por darme la vida , conocimiento , paciencia , fe y esperanza para poder culminar la realización de este trabajo monográfico .

A mi abuelita Francisca Contreras, quién falleció el 27 de Enero del 2005; a quién desearía que hubiese compartido este feliz momento de mi vida. Le doy gracias por haberme dado su amor, confianza e instrucciones durante mi infancia, adolescencia y juventud, por haber compartido mis alegrías y tristezas en cada momento de mi vida.

A mis padres: Rosa Emilia Contreras y Luis Santiago López, por su apoyo, sacrificio y abnegación. Quienes han sido fuente inspiradora para luchar.

A mis hermanos, por sus apoyos incondicionales a lo largo de mi carrera, en especial a mi hermana **Raquel López** quién se ha sacrificado para darme su apoyo económico para terminar mis estudios universitarios.

THANIA DE LOS ANDES LÓPEZ CONTRERAS

DEDICATORIA.

A Dios, Luz de vida por darme fuerzas para continuar en los momentos más difíciles de mi vida, guiándome por el camino del bien, con el amor único que nos brinda.

A mis padres: Ivania Pérez y Silvio Prado, protectores y benefactores. Por su apoyo, paciencia y sacrificios.

A mi hija, Emmely Poveda, motivación e inspiración de mi vida, fuente de alegría; alegría que me anima a seguir adelante y no declinar frente a las adversidades.

A mis hermanas, quienes me brindaron su apoyo en el transcurso de mi carrera y me animaron en los momentos difíciles.

IVANIA ROSALÍA PRADO PÉREZ. .

AGRADECIMIENTO:

A nuestro Tutor: Dr. Julio Gómez por su instrucción, colaboración, paciencia y tiempo que dispuso para la realización de nuestro trabajo.

A nuestro Asesor: Dr. Jorge Cerrato por su orientación y conocimientos transmitidos.

A los niños, directores y maestros del Centro Escolar Mercedes Varela, por su colaboración y servicios que nos brindaron para llevar a cabo este estudio.

**Petrona Duarte
Thania López
Ivania Prado**

ÍNDICE

	Páginas
Introducción.....	1
Objetivos.....	3
Marco teórico.....	4
Diseño Metodológico.....	17
Resultados.....	25
Discusión.....	35
Conclusión.....	40
Recomendaciones.....	41
Referencias bibliográficas.....	42
Anexos.....	45

INTRODUCCIÓN.

Al nacimiento el niño presenta una serie de hábitos fisiológicos, sin los cuales no podría sobrevivir tales como: tragar, respirar, etc. A medida que el niño va creciendo puede adquirir múltiples hábitos deletéreos de diversas etiologías. La práctica continua de los mismos puede producir alteraciones tanto en el crecimiento como en el desarrollo normal del aparato estomatognático y como consecuencia alteraciones estéticas, morfológicas y funcionales.

Durante muchos años, los hábitos han sido objeto de estudios por parte de pediatras, psicólogos, foniatras, etc. abordando dichos problemas como alteraciones en la conducta de los niños y adolescentes; los odontólogos han estudiado los hábitos bucales y consideran estos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros sumamente maleables y también de cambios potenciales en el emplazamiento de los dientes y en oclusiones que pueden volverse francamente anormales si continúan estos hábitos por largo tiempo.

En nuestro medio generalmente es común observar en los niños malos hábitos; que con el tiempo les traerán repercusiones negativas para desenvolverse en su medio social, ya que estos hábitos producen alteraciones oclusales que podemos observar fácilmente.

A su vez estos hábitos bucales suelen acompañarse de maloclusión que no es más que cualquier desviación de la oclusión normal, tanto desde el punto de vista morfológico como funcional, en estos casos los dientes pueden ser movidos en una dirección por fuerzas oclusales y en otras por la presión de los labios o de la lengua.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

No solo podemos atribuirle a los hábitos la maloclusión, ya que existen una diversidad de causas, tanto intrínsecas como extrínsecas que nos producen estas alteraciones en la oclusión, entre las que podemos mencionar: herencia, defectos congénitos, postura, retardo de erupción, caries dental, erupción ectópica, trauma, hábitos y presiones anormales, etc.

Se debe de tener presente que los hábitos orales pueden ser el factor etiológico primario en el desarrollo de una maloclusión.

Haciendo una revisión bibliográfica sobre hábitos más frecuentes y su relación con maloclusión, encontramos un estudio realizado por Lozano Centeno Marcia y colaboradores en 1991 en León – Nicaragua, reportó que el hábito más frecuente en niños de 2 a 6 años, fue onicofagia, siendo el más afectado el sexo femenino.

En 1993, en las clínicas de Ayapal de la ciudad de León, Urcuyo Zapata Dilcia y colaboradores, encontraron que el hábito más frecuente fue lengua protráctil en niños de 7 años en el sexo masculino.

Otro estudio realizado en 1999 por Alvarado, Consuelo José y colaboradores, en niños de 9 a 14 años, encontraron que el hábito más frecuente fue lengua protráctil en los niños de 9 a 10 años y 13 a 14 años y la maloclusión más frecuente fue mordida abierta.

Es de vital importancia la realización de estudios como este, ya que conociendo la prevalencia de los hábitos orales y su relación con maloclusión, en niños pre escolares y escolares, se puede sensibilizar a los padres de familia, para detectar precozmente los hábitos bucales y se busquen alternativas de solución con profesionales como odontólogos y psicólogos, que con sus medidas de intervención, eviten complicaciones dentales futuras a niños y niñas garantizándoles una agradable sonrisa para su futuro; además que sirva de apoyo a otros estudios para conocer y comprender mejor el comportamiento de estos problemas psicosociales y deformante de estructuras en la cavidad bucal.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la Prevalencia de hábitos bucales deformantes y presencia de algunos tipos de maloclusión en niños de 4 a 12 años en la escuela Mercedes Varela de la ciudad de León en el período del II semestre del año 2004.

ESPECIFICOS

- Determinar la Prevalencia de hábitos bucales por edad y sexo.
- Obtener la Frecuencia de hábitos bucales según edad y sexo
- Identificar las alteraciones de la oclusión más frecuentes en niños con presencia de hábitos bucales de acuerdo a la edad y sexo.

MARCO TEÓRICO.

En este estudio hablaremos de los hábitos deletéreos más frecuentes y poco frecuentes que se presentan en niños, debido a que estos hábitos pueden suponer problemas en la oclusión desde las edades tempranas en la dentición temporal o mixta, y pueden afectar de forma permanente el sistema estomatognático al individuo adulto si no es diagnosticado y tratado precozmente.

Podemos definir el hábito bucal como una acción del individuo que de forma voluntaria o involuntaria se ve repetido hasta persistir por sí mismo, llegando a transformarse en una acción automática o inconsciente, pudiendo ser reflejo o no a ciertas situaciones.

Los Hábitos Bucales se pueden clasificar como:

1. Hábitos Bucales no Compulsivos:

Son aquellos hábitos que pueden ser abandonados o modificados fácilmente en el patrón de conducta del niño.

2. Hábitos Bucales Compulsivos:

Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño al grado que este acude a la práctica, cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo y es más difícil de controlar cuando se trata de corregir.

Entre los hábitos deformantes que pueden causar maloclusiones tenemos:

❖ **Succión Digital:**



Con el término de succión digital se describe la colocación del pulgar o de cualquier otro dedo o dedos en el interior de la boca repetidamente, tanto durante el día como por la noche.

La succión digital es un hábito común entre los niños, practicado por casi el 50 % de ellos al año de edad, más la cantidad cae rápidamente hacia los 6 años, sólo el 15 – 20 % aún caerá en el hábito y persiste menos del 5 % de los 9 – 14 años.

Los tipos de cambios dentales que pueden ocasionar el hábito digital varían con la intensidad, duración y frecuencia del hábito, así como en la manera en que se coloca el dedo en la boca.

- **Intensidad:** Es la cantidad de fuerza que se aplica a los dientes durante la succión.
- **Duración:** Cantidad de tiempo que se practica la succión de un dedo.
- **Frecuencia:** Es el número de veces que se realiza el hábito durante el día.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

En un estudio cinerradiográfico, Subtelny en 1973, comprobó que el pulgar podía adoptar 4 tipos principales de posiciones durante la succión:

- En la primera de ellas y la más frecuente, que se daba en el 50 % de los sujetos, el pulgar penetraba en la boca considerablemente ocupando una gran porción de la bóveda del paladar duro presionando contra la mucosa palatina y el tejido alveolar, el incisivo inferior presionaba contra el pulgar o se ponía en contacto con él.
- En el segundo grupo se daba en el 24 % de los sujetos, el pulgar no se introducía totalmente en la zona abovedada del paladar duro comparado con la primera posición.
- En el tercer grupo representaba el 18 % de los sujetos, el pulgar se introducía totalmente en la cavidad oral y se ponía en contacto con la bóveda palatina, pero en este caso a diferencia de lo dicho en la primera posición descrita, el incisivo inferior no estaba en contacto con el pulgar en ningún momento durante la succión.
- En el cuarto grupo (6 %) el pulgar penetraba muy poco en la boca y el incisivo inferior establecía contacto con él aproximadamente en la uña.

Entre las alteraciones más comunes de este hábito tenemos:

- **Mordida abierta anterior:**

Es la falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los otros dientes se encuentran en oclusión.



- **Vestibuloversión y Linguoversión:**

Es el movimiento vestibular de los incisivos superiores y el desplazamiento lingual de los inferiores.



- **Colapso del Maxilar:**

Es una disminución de la actividad muscular o pérdida de equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua. Cuando se introduce el pulgar en la boca, se fuerza a la lengua a descender y separarse del paladar, el músculo orbicular de los labios y el buccinador continúan ejerciendo fuerza sobre las superficies de la arcada superior y como la lengua ya no ejerce ninguna fuerza compensatoria desde la superficie lingual, el arco superior posterior se colapsa y origina **una mordida cruzada**.



❖ **Respiración Bucal:**



La expresión “Respiración Bucal” no es en realidad muy exacta. En la mayoría de los casos sería preferible “Respiración Buconasal”, pues la respiración en sí es rara.

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

1. Por Obstrucción.
2. Por Hábito.
3. Por Anatomía.

Los que respiran por la boca por **obstrucción** son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca.

El niño que respira continuamente por la boca lo hace por **costumbre**, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.

El niño que respira por la boca por razones **anatómicas**, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

1. Hipertrofia de los turbinatos causados por alergias, infecciones crónicas de membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidos o aire contaminado.
2. Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
3. Adenoides agraviado.

Alteraciones relacionados al hábito:

No se ha demostrado que la respiración bucal cause maloclusiones. No obstante, son frecuentes las maloclusiones en los respiradores bucales; por lo tanto, algunos pueden intentar una explicación.

Los autores observaron que los respiradores bucales con frecuencia presentaban problemas de tejido gingival irritado e inflamado en la arcada anterosuperior. La falta de estimulación muscular de la lengua y debido a presiones mayores sobre las áreas de los caninos y primeros molares por los músculos orbiculares de los labios y buccinador, los segmentos del maxilar superior se derrumban, dando un maxilar superior en forma de "V" y una bóveda palatina elevada.

❖ **Protracción Lingual:**



Es el desplazamiento de la lengua hacia delante entre los dientes superiores e inferiores durante la deglución.

La lengua del neonato está bastante restringida en sus movimientos, que suelen ser hacia arriba y abajo. Después de 4 semanas, se hace visible un movimiento de la lengua hacia atrás. A las 12 semanas, a la presentación del pezón, la lengua aplanada puede estar en el borde del labio o más allá.

En reacción al alimento sólido, la lengua de un bebé de 16 semanas muestra una tendencia a eyectar los alimentos a causa del predominio en ese momento de la pauta de proyección lingual, pero gradualmente, la lengua inhibe esta proyección lingual.

Los movimientos laterales de la lengua, relacionados con la masticación se tornan más definidos.

A los dos años el niño puede tener una cierta habilidad para pasarse la lengua por el labio superior, pero a los 3 años es capaz de barrer con la lengua todo el labio superior de un lado a otro y hacia los 5 años la elevación de la mandíbula ha progresado al punto del contacto molar posterior en la deglución con la lengua ubicada detrás de los incisivos superiores y manteniendo los labios relajados.

En el acto de deglución anormal la lengua se desplaza hacia delante, con el dorso de esta alejado de la bóveda palatina, el labio superior permanece sin funcionar, mientras el labio inferior se

encuentra proyectado hacia las superficies palatinas de los incisivos superiores.

Un 97 % de los recién nacidos interponen la lengua, según Gellín, esta cifra declina al 80 % hacia los 5 – 6 años y al 3 % a los 12 años. Esto explica que cuando se pierden los dientes anteriores de leche y antes de la erupción de los permanentes, la actividad protrusiva lingual se hace muy llamativa, pero en muchos casos la tendencia a la interposición desaparece tras la erupción de los incisivos permanentes.

Alteraciones relacionadas al Hábito:

Se considera que la interposición lingual constituye un patrón de deglución anormal, que condiciona un desequilibrio de los músculos orofaciales y problemas en la oclusión. En algunos casos se encuentra aumentada la sobremordida horizontal y la mordida abierta.



Al igual que la succión digital, el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores y la formación de mordida abierta.

❖ **Onicofagia:**

Es el hábito de morderse las uñas. Se ha señalado que el número de personas que se muerden las uñas incrementa hasta la adolescencia. Algunos consideran que dicho hábito es manifestación de aumento en la tensión emocional.



En un estudio de las fuerzas armadas, se observó que aproximadamente el 80 % de todos los individuos se muerden las uñas.

Esto no es un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicados al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo en ciertos casos de individuos que presentan este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores.



Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos sustituyen a los dedos ejemplo: goma de mascar, cigarrillos, lápices, goma de borrar, etc.

Succión Labial (Queilofagia)

El hábito de lamerse y retraer los labios causa efectos relativamente benignos en lo referente a efectos dentales, mientras que los signos más evidentes son: enrojecimiento, inflamación y sequedad de labios y tejidos peribucales durante épocas de frío.

Aunque la mayor parte de estos hábitos no producen problemas dentales, es obvio que la succión y mordedura de los labios, sobre todo si el niño lo realiza con suficiente intensidad, frecuencia y duración, puede hacer que persista una maloclusión ya existente.

La presentación más frecuente de succión labial es la retracción del labio inferior, por detrás de los incisivos superiores, con lo cual se aplica una fuerza en dirección lingual sobre los dientes inferiores y otros en sentido vestibular sobre los superiores.



Alteraciones asociadas al hábito:

Inclinación vestibular de los dientes superiores y retroinclinación de los incisivos inferiores, así como mayor grado de sobremordida horizontal.

❖ **Bruxismo:**

Es el frotamiento con fuerza de los dientes.

El bruxismo o rechinar de los dientes, ocurre a menudo mientras el niño duerme, aunque se observa en algunos niños durante el día. La mayor parte de la población infantil rechina los dientes, lo cual desgasta moderadamente los caninos y molares primarios.

La hipersensibilidad de la musculatura masticatoria y el dolor de la ATM, también se han atribuido al bruxismo.

Se desconoce la causa exacta del bruxismo intenso, aunque la mayor parte de las explicaciones se centran entorno a motivos **locales, sistémicos y psicológicos**. **La teoría local** sugiere que el bruxismo es una reacción a la interferencia oclusal, una restauración elevada o algún factor dental irritante. **Los factores sistémicos** incluyen parásitos intestinales, deficiencias nutricionales, 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 dientes, en la mayoría de los casos, dan muestra del hábito en forma de coronas de los molares aplanados y desgaste lingual de los dientes antero superiores.



OCCLUSIÓN

La oclusión desde el punto de vista dental , es la posición en que recíprocamente quedan los dientes de un maxilar respecto a los del otro cuando se cierran desarrollando su mayor fuerza , ejerciendo presión sobre los molares y quedando en posición normal los cóndilos del maxilar inferior .



Desde el punto de vista integral (psicológico, fisiológico, funcional y disfuncional), según Ramfjord es la relación funcional y disfuncional entre un sistema integrado por dientes, estructuras de soporte, articulación y componentes neuromusculares.

Oclusión Dentaria es la relación recíproca de ambas arcadas, cuando los dientes se ponen en contacto. La posición en que quedan los dientes cuando entran en contacto con la aproximación de los maxilares, no constituyen un estado de reposo o estático, sino un estado dinámico.

La oclusión dentaria varía entre los individuos según el tamaño y forma de los dientes, posición de los mismos , tiempo y orden de erupción , tamaño y forma de las arcadas dentarias y craneofacial.

Oclusión Normal es la condición esencial para que los dientes realicen en las mayores condiciones su función masticatoria. Es una resultante de diversos factores que podemos reunir en cuatro grupos:

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

- Normalidad de los tejidos blandos del aparato bucal.
- Normalidad de los maxilares.
- Normalidad de la posición de los dientes respecto a su maxilar.
- Normalidad de las articulaciones temporomandibular y de los movimientos mandibulares.

Moyers: Definió maloclusión, como todas aquellas desviaciones en el desarrollo normal de las oclusiones. Se refiere también a una oclusión inestable producida por desequilibrio de fuerzas opuestas a la masticación o del bruxismo y la presión que ejercen los labios o la lengua sobre los dientes.

Maloclusión Dentaria: Se refiere a la mala posición que presentan los dientes o cada uno de ellos en cada arco maxilar.



Graber: Definió maloclusión dentaria, cuando los dientes individuales en una o ambas arcadas se encuentran en relación anormal entre sí.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal

Área de estudio: Escuela pública Mercedes Varela (preescolar, primaria). Ubicada en el área rural de la ciudad de León a 300 mts del costado sur del campus Médico.

Población de estudio: está constituida por los 143 niño(as) que asisten al centro de estudio Mercedes Varela.

Unidad de análisis: niños y niñas de 4 a 12 años que asisten a la escuela Mercedes Varela

Fuente de información: primaria y directa, mediante el examen clínico.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Edad	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació.	Dato tomado de la lista escolar	4 a 12 años.
Sexo	Características fenotípicas de cada individuo, que lo diferencia en hombre o mujer.	Dato tomado de la lista escolar	1- Femenino 2- Masculino
Hábitos	Costumbre o práctica que se adquiere por la frecuencia repetición de la misma.	Entrevista previa al maestro de cada grado.	Presente.
Succión digital		Consiste en la introducción de uno	Ausente.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

<p>Protracción lingual</p> <p>respiración bucal</p> <p>Onicofagia</p> <p>Queilofagia</p> <p>Bruxismo</p>		<p>de los dedos de las manos del niño en la cavidad oral con la yema del dedo apoyado sobre la bóveda palatina de los dientes superiores.</p> <p>Consiste en la acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante en el momento de realizar la deglución.</p> <p>Paciente respira por la boca hay ruptura del contacto oclusal, una separación de los labios y pérdida de la influencia limitada por incisivos superiores</p> <p>Acto de morderse las uñas</p> <p>Succión del labio inferior entre los dientes superiores e inferiores.</p> <p>Es el frotamiento con fuerza de los dientes.</p>	<p>Presente</p> <p>Ausente</p>
--	--	---	--------------------------------

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

Maloclusión	Mala posición que presentan los dientes o cada uno de ellos en cada maxilar.	Examen clínico	Presente
Mordida abierta anterior		Es la falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los otros dientes se encuentran en oclusión.	Ausente.
Vestibuloversión		Es el movimiento vestibular de los incisivos superiores.	

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó con fichas individuales para cada niño en la que se describió: edad, sexo, número de ficha, grado que cursaba el niño, la presencia o ausencia de los diferentes hábitos bucales y alteraciones oclusales a investigar.

Previo a la recolección de la información, se realizó una estandarización de criterios con el tutor, para evitar errores al realizar el examen clínico al niño.

Se solicitó autorización de la escuela explicando los objetivos de nuestro estudio y el proceso que llevamos a cabo, solicitándoles su colaboración.

Para realizar este estudio se tomó la población de estudio de 143 niños de 4 a 12 años.

La recolección de la información se realizó en la dirección de dicha escuela en las primeras horas de clase. Esta consistió en un examen clínico al niño y un interrogatorio a su profesor.

Criterios de inclusión

- Ambos sexos (femenino – masculino).
- Edad cumplida: 4 a 12 años.
- Que sea estudiante de la escuela Mercedes Varela.

El examen clínico y el interrogatorio fueron individuales para cada niño, el cual se detalla a continuación.

Succión digital

Características a observar durante el examen clínico:	Interrogatorio
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que posea callosidad en alguno de sus dedos. ❖ Que la uña del dedo con callosidad esté mas limpia que las demás. ❖ Que posea un color más claro en el dedo de la callosidad. ❖ El niño puede tener paladar profundo y/o vestibuloversión de los incisivos superiores. ❖ Puede presentar mordida abierta anterior. 	<p>¿Ha notado usted si el niño se succiona alguno de sus dedos?</p>

Lengua protráctil

Características a observar durante el examen clínico:	Interrogatorio
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puede presentar antecedentes de succión digital. ❖ Puede presentar vestibuloversión de las piezas antero superiores. ❖ Puede presentar macroglosia. 	

Queilofagia

Características a observar durante el examen clínico	Interrogatorio
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Amplio espacio horizontal entre los dientes anteriores superiores e inferiores. ❖ Inclinación de los incisivos superiores hacia delante e inclinación de los incisivos inferiores hacia atrás. 	<p>¿Ha notado usted si el niño se succiona el labio?</p>

Onicofagia

<ul style="list-style-type: none"> ❖ El niño presenta heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones. ❖ Alteraciones en la estética, por abrasión, erosión, astillamiento. ❖ Las uñas por lo general se mantienen limpias y cortas. 	<p>¿Ha notado usted si el niño se introduce el dedo en la boca y se muerde las uñas?</p>
--	--

Respiración Bucal

Características a observar durante el examen clínico	Interrogatorio
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el niño relajado y distraído inhale aire por la boca o bien que tenga ésta abierta. ❖ Que posea hipotonicidad labial. ❖ Que presente resequedad labial. ❖ Estrechamiento de la arcada superior. <ul style="list-style-type: none"> ❖ Perfil convexo. ❖ Facies típica del respirador bucal, con expresión de angustia. 	<p>¿Ha notado usted si el niño respira por su boca?</p> <p>¿Mantiene el niño la boca abierta?</p> <p>¿Ha padecido de alergias nasorespiratorias constantes resfrío o trauma nasal?</p>

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

BRUXISMO.

Características a observar durante el examen clínico.	Interrogatorio.
1. Señales claras de atrición en sus piezas dentales.	¿Ha notado si el niño rechina sus dientes durante las horas de clase?
2. puede presentar dolor de la musculatura masticatoria a la palpación o al abrir su boca, por las mañanas.	
3. Corona de los molares aplanadas.	
4. Desgaste lingual de los dientes anterosuperiores.	

Los recursos utilizados fueron:

- Recursos humanos	- Recursos materiales
<ul style="list-style-type: none"> - Observador - Anotador - Instrumentista - profesores 	<ul style="list-style-type: none"> - Barreras de protección (guantes, nasobuco y gabacha). - Espejo bucal. - Baja lengua. - Campo operatorio - Vaso descartable - Solución antiséptica - Lapicero - Ficha de recolección de datos. - Pupitre - Agua - Luz natural

PROCESAMIENTO DEL PLAN DE ANÁLISIS

Nuestra información se introdujo en el paquete estadístico **SPSS versión 13** obteniéndose la base de datos con la cual se elaboraron tablas representadas en porcentaje que reflejan los resultados obtenidos.

RESULTADOS

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

TABLA 1. DISTRIBUCION NIÑOS POR EDAD

EDAD	N	%
4 – 6	21	15
7 – 9	50	35
10 – 12	72	50
TOTAL	143	100%

Las edades más representativas son las de 10 - 12 años con 72 niños con un 50% y la menos representativa son las edades de 4 – 6 años con 21 niños que representan el 15%.

TABLA 2. DISTRIBUCION NIÑOS POR SEXO

SEXO	N	%
Masculino	71	50
Femenino	72	50
TOTAL	143	100%

La población estudiada está distribuida de forma equitativa ambas con un 50%.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

TABLA 3. PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA MERCEDES

HABITO	n	%
AUSENTE	56	39
PRESENTE	87	61
TOTAL	143	100%

Podemos observar que de la población total el 61% presentaba al menos un hábito bucal y el 39% se encontró en ausencia de hábitos bucales .

TABLA 4. PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DE FORMANTES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA MERCEDES VARELA SEGÚN EDAD.

EDAD	No.	c/ HABITO		s/ HABITO	
		F	%	F	%
4 – 6	21	15	71	6	29
7 – 9	50	31	62	19	38
10 – 12	72	41	57	31	43
TOTAL	143	87	61	56	39

La mayor prevalencia de hábitos bucales se puede observar en los niños de 4 a 6 años con 71%, seguido de los niños de 7 a 9 años con un 62%, y la de menor prevalencia son los niños de 10 a 12 años con un 57%

**PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE
ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS**

**TABLA 5 . PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DE FORMANTES EN
NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA MERCEDES VARELA SEGÚN SEXO**

SEXO	No.	c/ HABITO		s/ HABITO	
		F	%	F	%
Masculino	71	39	55	32	45
Femenino	72	48	67	24	33
TOTAL	143	87	61	56	39

Según el sexo, se encontró que en el Femenino estaba la mayor prevalencia con un 67%, en comparación al sexo masculino quien tuvo una prevalencia de 55%.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

TABLA 6 . FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES DE FORMANTES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA MERCEDES VARELA SEGÚN EDAD

Edades	No de niños con hábitos	No de hábitos presentes	Succión Digital		Protracción Lingual		Respiración Bucal		Onicofagia		Queilofagia		Bruxismo	
			F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
4 – 6	15	23	5	22	4	17	3	13	5	22	1	4	5	22
7 – 9	31	46	5	11	17	37	3	7	15	33	1	2	5	11
10 – 12	41	48	1	2	16	33	-	-	28	58	1	2	2	4
TOTAL	87	117	11	9	37	32	6	5	48	41	3	3	12	10

Según la edad de los niños el hábito bucal más frecuente fue onicofagia en las edades de 10 a 12 años con un 58% , seguido de protracción lingual en las edades de 7 a 9 años con un 37% y el hábito bucal de menor frecuencia fue queilofagia en todas las edades estudiadas.

**PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE
ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS**

**TABLA 7 .FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES DE FORMANTES EN NIÑOS
DE 4 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA MERCEDES VARELA SEGÚN SEXO**

Sexo	No de niños con hábitos	No de hábitos presentes	Succión Digital		Protracción Lingual		Respiración Bucal		Onicofagia		Queilofagia		Bruxismo	
			F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Masculino	39	50	3	6	16	32	4	8	21	42	2	4	4	8
Femenino	48	69	8	12	23	33	2	3	27	39	1	1	8	12
TOTAL	87	119	11	9	39	33	6	5	48	40	3	3	12	10

Según el sexo, el hábito bucal más frecuente fue onicofagia tanto en el sexo masculino como en el femenino; ya que de 48 casos encontrados, 21 corresponden al sexo masculino que equivale al 42%, y 27 casos al sexo femenino con un 39% y el hábito bucal menos frecuente fue queilofagia con un 4% para el sexo masculino y 1% para el sexo femenino.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

TABLA 8. ALTERACIONES OCUSALES MÁS FRECUENTES EN PRESENCIA DE HÁBITOS BUCALES DE FORMANTES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA MERCEDES VARELA SEGÚN EDAD 7 – 9 AÑOS.

Hábito	No.	Mordida Abierta Anterior		Mordida cruzada posterior		Vestibuloversión		Linguoversión		Sin alteración	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Succión digital	5	1	20	-	-	3	60	-	-	1	20
Protracción lingual	17	11	65	-	-	10	59	-	-	-	-
Respiración bucal	3	-	-	-	-	1	33	-	-	2	67
Onicofagia	15	2	13	-	-	4	27	-	-	9	60
Queilofagia	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bruxismo	5	1	20	-	-	1	20	-	-	3	60
TOTAL		15		-	-	19		-	-	15	

La alteraciones oclusales más frecuente en presencia de hábitos bucales en las edades de 7 a 9 años fue mordida abierta anterior con un 65%, seguido de vestibuloversión con un 59% ambas en presencia de protracción lingual.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

TABLA 9. ALTERACIONES OCLUSALES MÁS FRECUENTES EN PRESENCIA DE HÁBITO BUCALES DE FORMANTES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA MERCEDES VARELA SEGÚN EDAD 10 – 12 AÑOS.

Hábito	No.	Mordida Abierta Anterior		Mordida cruzada posterior		Vestibuloversión		Linguoversión		Sin alteración	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Succión digital	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100
Protracción lingual	16	1	6	-	-	13	81	-	-	2	13
Respiración bucal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Onicofagia	28	1	4	-	-	5	18	1	4	21	75
Queilofagia	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bruxismo	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100
TOTAL		2		-	-	18		1		26	

En las edades de 10 a 12 años la alteraciones más frecuentes en presencia de hábitos bucales fue vestibuloversión con 81%, seguido de mordida abierta anterior con un 6% ambas en presencia de protracción lingual.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

TABLA 10 . ALTERACIONES OCLUSALES MÁS FRECUENTES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS EN PRESENCIA DE HÁBITOS BUCALES DE FORMANTES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA MERCEDES VARELA EN EL SEXO MASCULINO.

Hbito	No.	Mordida Abierta Anterior		Mordida cruzada posterior		Vestibuloversión		Linguoversión		Sin alteración	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Succión digital	3	-	-	-	-	1	33	-	-	21	67
Protracción lingual	16	4	25	-	-	7	44	-	-	5	31
Respiración bucal	4	-	-	-	-	1	25	-	-	3	75
Onicofagia	21	1	5	-	-	3	14	-	-	17	81
Queilofagia	2	-	-	-	-	2	100	1	50	-	-
Bruxismo	4	-	-	1	25	-	-	-	-	3	75
TOTAL		5		1		14		1		49	

Las alteraciones oclusales más frecuentes en presencia de hábitos bucales en el sexo masculino fueron: vestibuloversión con un 44% y mordida abierta anterior con un 25% ambas en presencia de protracción lingual.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

TABLA 11. ALTERACIONES OCLUSALES MÁS FRECUENTES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS EN PRESENCIA DE HÁBITO BUCALES DE FORMANTES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA MERCEDES VARELA EN EL SEXO FEMENINO.

Hábito	No.	Mordida Abierta Anterior		Mordida cruzada posterior		Vestibuloversión		Linguoversión		Sin alteración	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Succión digital	8	1	13	-	-	1	13	-	-	6	75
Protracción lingual	23	7	30	-	-	14	61	1	4	1	4
Respiración bucal	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Onicofagia	27	2	7	-	-	8	30	1	4	16	59
Queilofagia	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100
Bruxismo	8	1	13	-	-	1	13	-	-	6	75
TOTAL		11		-	-	24		2		32	

Las alteraciones más frecuentes en presencia de hábitos bucales en el sexo femenino fueron: vestibuloversión con un 61%, seguido de mordida abierta anterior con un 30% ambas en presencia de protracción lingual.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La población total de estudio fueron los niños preescolares y escolares de la Escuela Mercedes Varela de la ciudad de León en el período del segundo semestre del año dos mil cuatro, la cuál estaba formada de 143 niños, dicha población fue distribuida por edad y sexo.

Las edades estudiadas fueron de 4 a 12 años en ambos sexos, siendo los niños de 10 a 12 años las que conforman la mayor parte de la población con 72 niños examinados que equivalen el 50%, seguido de los niños de 7 a 9 años con 50 niños examinados que corresponden el 35% y la menor parte de la población corresponde a los niños de 4 a 6 años con 21 niños examinados que equivalen el 15%.

Referente al sexo ambos grupos fueron equitativos con el 50% cada uno.

La prevalencia en general de hábito bucal deformante fue de 61 niños con hábitos por cada 100 niños examinados, lo cuál se considera como una prevalencia sumamente alta ya que representa más del 50% , lo que significa que los niños estudiados presentaban al menos un hábito, esto evidencia la necesidad de dar seguimiento al niño en cuanto a los hábitos que pueda adquirir e incidir en ellos para que lo abandonen lo antes posible, porque de no ser así , en sus estructuras bucales se manifestarán las consecuentes alteraciones con los daños psicológicos, funcionales y estructurales.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

La mayor prevalencia de hábitos bucales deformantes de acuerdo a la edad se encontró en niños de 4 a 6 años con un 71%, seguido de los niños de 7 a 9 años con un 62% y menos prevalente en los de 10 a 12 años, esto se relaciona con el comportamiento humano, con la toma de conciencia de daños y perjuicios de ciertos actos y de lo que es aceptado y no es aceptado socialmente en cuanto a la práctica de ciertas costumbres, que en este caso para el niño es la práctica de hábitos bucales, lo cual lo podemos notar con el hecho que a mayor edad de los niños, es menos prevalente la práctica de hábitos bucales.

Según el sexo la mayor prevalencia de hábitos bucales deformantes se observó en el sexo femenino con un 67%, dado que en las niñas de esta zona semirural pueden estar más expuestas a factores estresantes (responsabilidades en el hogar) que afectan su estado emocional, conllevándolas a la práctica de algún tipo de hábito bucal.

En relación a la frecuencia de hábitos bucales por edad se obtuvo como resultado que el hábito más frecuente en los niños de 4 a 6 años fue succión digital con un 22%, edad en que la literatura expresa que la prevalencia a estas edades va decreciendo (15 – 20 %), sin embargo en nuestro estudio es mucho más frecuente que lo referido por la literatura.

El hábito de onicofagia presenta igual frecuencia que la succión digital con un 22%, lo cual se relaciona con el hecho que a estas edades el niño es sometido a algunas situaciones para él sumamente complejas y difíciles que generan en él mucho stress y tensiones que pueden expresarse por medio de algún tipo de hábito como es la onicofagia.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

En las edades de 7 a 9 años el hábito más frecuente fue protracción lingual con un 37% y onicofagia con un 33% y en las edades de 10 a 12 años fue onicofagia con un 58%.

La frecuencia del hábito de succión digital como observamos va decreciendo conforme avanza el niño en edad y esto se corrobora con el hecho que en las edades de 10 a 12 años el número de niños que realizan éste tipo de actividad, en comparación con las otras edades es sumamente reducido, encontrándose únicamente en un niño, lo que representa apenas un 2% total de los hábitos bucales.

Encontramos que el resultado de nuestro estudio coincide con el de Lozano Centeno y colaboradores en 1991 en niños de 0 a 6 años que encontraron que la Onicofagia fue la más frecuente en el sexo femenino en las edades de 4 a 5 años, y difiere con el estudio de Valenzuela Betanco, Atahualpa Yupanqui realizado en Sébaco, Matagalpa en el 2003 en niños de 3 a 5 años donde el hábito bucal más frecuente fue succión digital en el sexo masculino. Consideramos que el hecho de ser Onicofagia el más frecuente puede estar relacionada con factores que van condicionando el surgimiento de hábitos bucales diferentes a la succión digital, lo cuál en los estudios consultados fue el hábito bucal más frecuente en las edades de 1, 2 y 3 años. En nuestro estudio fue Onicofagia el cuál es el hábito bucal que se encuentra con más frecuencia en niños de más edad, porque en ellos los factores estresantes como: exámenes escolares e inhibiciones en determinadas situaciones sociales los conducen a la práctica continua de dicho hábito.

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

Según la literatura (Pinkham) señala que el número de personas que se muerden las uñas incrementa con la adolescencia y se cree que es debido a la tensión nerviosa que el niño se ve sometido en sus diferentes etapas de desarrollo y crecimiento.

Al evaluar la variable sexo se encontró que el hábito bucal más frecuente fue Onicofagia tanto en el sexo masculino como en el femenino, ya que de 48 casos de Onicofagia encontrados en total, 27 corresponden al sexo femenino que equivale el 39% y 21 casos corresponden al sexo masculino que equivale el 42%.

Con respecto a las alteraciones más frecuentes de la oclusión en presencia de hábitos bucales según edad las alteraciones más frecuente fue mordida abierta anterior con un 65%, seguida de vestibuloversión con un 59% en las edades de 7 a 9 años en presencia de protracción lingual, y en los niños de 10 a 12 años las alteraciones más frecuente fue vestibuloversión con 81% seguida de mordida abierta anterior con un 6% ambas en presencia de protracción lingual.

Según literatura consultada (Finn), generalmente concuerda en que si el hábito bucal se abandona antes de la erupción completa de las piezas permanentes anteriores se dan menos alteraciones estructurales en la cavidad bucal, pero si el hábito persiste durante el periodo de dentadura mixta (6 a 12 años), como es en nuestro caso puede producir consecuencias desfigurantes.

Se observa que las alteraciones de la oclusión más frecuentes para ambos sexos fueron: vestibuloversión y mordida abierta anterior en presencia del

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS

hábito de protracción lingual, lo cual se puede relacionar con el hecho de que este hábito bucal es el más persistente de todos, y es de difícil erradicación, según la literatura (Finn), este hábito al igual que la succión digital pueden producir vestibuloversión y mordida abierta de los incisivos maxilares superiores lo cual coincide con nuestros resultados.

CONCLUSIONES

- 1.-** La prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños de 4 a 12 años en la escuela Mercedes Varela, es de 61% .
- 2.-** La mayor prevalencia de hábitos bucales según edad fue en niños de 4 a 6 años , la cual disminuía a medida que aumentaba la edad.
- 3.-** El sexo femenino presentó mayor prevalencia de hábitos bucales deformantes, con 48 niñas con un porcentaje de 67%.
- 4.-** El hábito bucal deformante más frecuente fue Onicofagia en ambos sexos, que tiende a aumentar a medida que aumenta la edad.
- 5.-** Las alteraciones oclusales más frecuentes en presencia de hábitos según edad fueron mordida abierta y vestibuloversión en presencia de protracción lingual en los niños de 7 a 12 años y en los niños de 4 a 6 años no hubo presencia de alguna alteración oclusal.
- 6.-** Las alteraciones oclusales más frecuentes en presencia de hábitos bucales según sexo fueron: vestibuloversión y mordida abierta anterior en presencia de protracción lingual para ambos sexos.

RECOMENDACIONES

- 1- Que el Ministerio de Salud desarrolle programas de educación bucal a través de charlas impartidas a los padres de familia, maestros y niños con un alto contenido preventivo, sobre los diferentes hábitos bucales deformantes que pueden afectar la función del aparato estomatognático así como la estética dentofacial.

- 2- Que la facultad de odontología cree programas para capacitar a los maestros, para orientar a los padres de familia de los daños que pueden ocasionar los hábitos bucales durante el crecimiento y desarrollo del niño.

- 3- Realizar interconsulta Odontólogo – Psicólogo para mejorar la salud integral del niño.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Bengto Magnusson ,Odontopediatria.Enfoque sistémico
2da edición
Editorial Salvat Barcelona, España 1985, Pág., 245-247

- 2- Graber M.T. Ortodoncia, Teoría y práctica
3ra edición, editorial Interamericana. México,D.F 1987
Pág. 283

- 3- Mayoral J.G. Ortodoncia, Principios fundamentales y prácticos
2da Edición Editorial Labor S.A . Barcelona, España 1971.
Pág., 161,166

- 4- Moyers, Robert E. Tratado de Ortodoncia.
Reygadas – México; Interamericana 1960

- 5- Pinkham Odontología Pediátrica
2da edición y 3ra edición Editorial Mc. Graw - Hiu interamericana 1994
2001 México D.F Pág.424,425,429 – 431,459,467.

- 6- Piura López Julio. Introducción a la metodología de la investigación.
Editorial el amanecer, S.O Managua – Nicaragua 1994

7- Sigur P, Ramfjord. 2da Edición México Interamericana 1972

Pág. 1, 95,120.

8- Sydney B Finn Odontopediatría .

4ta edición Editorial interamericana, México D.F. 1983

Pág. 327,328,333 - 336

9- Valinda Sequeira Calero. Investigar es fácil (Manual de investigación).

Editorial el amanecer S.A UNAN – MANAGUA 2002

Pág. 26 - 55

Otras bibliografías consultadas:

10-Alvarado Mercado, Consuelo José y Colaboradores.

Hábitos Orales y su relación con la mala oclusión en niños de 9 a 14 años

W43A472h1999

11.- Córdoba Núñez, Fátima y colaboradores

Prevalencia de hábitos bucales deformantes en escolares de 4, 8 y 12

W43c796p2002.

12-Guzman Marcia y colaboradores

Prevalencia de hábitos bucales deformantes en escolares de 6 a 12 años, en
el Municipio de Belén, Rivas 1992

13-Lozano Centeno, Marcia y colaboradores.

**PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE
ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSIÓN EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS**

Prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños de 0 a 6 años, en CDI
León 1991.

W43G925h1991

14-Urcuyo Zapata, Dilcia y colaboradores.

Hábitos más frecuentes y su relación con la maloclusión

W43u74h1993.

15- Valenzuela Betanco, Atahualpa Yupanqui

Prevalencia de hábitos bucales deformantes en pre – escolares de 3 a 5
años, Sébaco, Matagalpa 2003

W43v161h2003

ANEXOS

**PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y PRESENCIA DE
ALGUNOS TIPOS DE MALOCLUSION EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad: _____

Ficha: _____

Grado: _____

Sexo: _____

Hábito bucal deformante	Presente	Ausente
Succión digital		
Protracción Lingual		
Respiración Bucal		
Onicofagia		
Queilofagia		
Bruxismo		

Sin hábito: _____

Alteraciones oclusales	Presente	Ausente
Mordida abierta anterior		
Mordida cruzada		
Vestibuloversión		
Linguoversión		

Observaciones: _____