



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES NOCIVOS ASOCIADOS CON LAS
MALOCLUSIONES PRESENTES EN NIÑOS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA**

VENUSTIANO CARRANZA, UNAM.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

LAURA ESTELA VALLEJO SILVA

Directora: Mtra. Laura Mendoza Oropeza

Asesora: Mtra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo

Asesor: C.D. José Guillermo Oropeza Sosa

MÉXICO, D. F.

2006

A MIS PADRES:



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Jóse Ignacio Vallejo Aguirre y María Estela Silva Sampayo, por el amor, la confianza y el apoyo que me dieron para lograr que este sueño hoy dejara de serlo, y sea una realidad.

A MIS HERMANITOS:

Lic. Ignacio Andrés Vallejo Silva, por ser mi ejemplo a seguir, exigirme mejorar día con día, por crecer a mi lado, cuidarme en todo momento y ayudarme siempre que te necesite, en verdad te admiro.

Guadalupe Vallejo Silva, por ser mi paciente estrella, ayudarme, aconsejarme y hacerme ver la vida de manera siempre positiva, con una sonrisa ante todas las situaciones difíciles, gracias pequeña.

¡LO HEMOS LOGRADO! GRACIAS POR TODO “LOS AMO”

A LAS DOCTORAS Y DOCTORES:

Dra. Laura Mendoza Oropeza, por aceptar dirigir está investigación y dedicarle gran parte de su tiempo, por motivarme a seguir superándome académicamente y por ofrecerme su confianza. Gracias por ser mi amiga, créame doctora le tengo un enorme cariño, admiración y respeto.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, por supervisar y contribuir enormemente en la elaboración de esta tesis.

Dr. Guillermo Oropeza Sosa y Dr. Antonio Fernández, por su colaboración, disponibilidad y orientación en la realización de este trabajo.

Dra. Rosa María Merino, por haber depositado su confianza en mi persona y apoyarme en todo este tiempo gracias.

A MIS AMIGAS:

Teresa Trejo, Karina González y Gloria Jiménez, por formar parte esencial de mi vida, por haberme apoyado siempre que las necesite y por creer en mi, las quiero mucho niñas.

A MIS FAMILIARES:

Rosa Ma. Silva, Mónica Silva y Alfonso Vallejo, por estar al pendiente de mis logros y avances en mi formación académica muchas gracias.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Antecedentes	2
- Clasificación general de Hábitos	3
- Definición de Hábito	5
- Hábitos bucales útiles y dañinos	5
- Factores que modifican, intensifican o minimizan la acción de los hábitos de succión	5
- Hábitos bucales según su etiología	6
- Hábitos bucales nocivos presentes en niños	7
- Uso prolongado de biberón y chupón	7
- Succión de dedo	7
- Succión labial	9
- Interposición lingual	10
- Respiración bucal	11
- Malposición corporal	13
- Bruxismo	13
- Onicofagia	14
- Gesticulación	15
- Morder objetos extraños	17
- Masticación unilateral	16
- Oclusión	17
- Maloclusión	17
- Etiología de las maloclusiones	19
- Etiopatogenia de las maloclusiones	19
- Clasificación de las maloclusiones	20
- Factores que intervienen en la formación de las maloclusiones	21
3. Planteamiento del problema	23
4. Justificación	24
5. Hipótesis	24
6. Objetivo general y objetivos específicos	25
7. Metodología	26
7.1. Tipo de estudio	28
7.1.1. Población de Estudio	28
7.1.2. Muestra	28
7.1.3. Criterio de inclusión Criterios de exclusión	28
7.1.4. Variables de estudio Variable independiente y dependientes	29
7.1.5. Definiciones operacionales de las variables	30

7.1.6. Métodos de registro del procesamiento de los datos	31
7.1.7. Recursos Humanos, Materiales y financieros	31
8. Resultados	32
9. Discusión	41
10. Conclusiones	43
11. Agradecimientos	45
12. Referencias Bibliográficas	46
13. Anexos	51

1. INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales nocivos son entendidos como una acción mecánica siempre predispuesta para realizar un acto que depende de su duración, frecuencia e intensidad para producir cambios y afecciones significativas a nivel dental en los niños, creando maloclusiones considerables.

Las maloclusiones son consideradas como un problema de salud pública de prevalencia variable según la Organización Mundial de la Salud, ante el cual los cirujanos dentistas se enfrentan cotidianamente. Es necesario, evaluar la oclusión de forma adecuada y realizar predicciones acertadas en el individuo con respecto a su futura oclusión. La etiología de las maloclusiones es de origen multifactorial y está determinada por dos factores principales: factor genético y factor ambiental; dentro de éste último localizamos a los hábitos bucales nocivos, los cuales son una de las principales causas de maloclusión debido a que por ser de larga duración e intensidad variable, provocan alteraciones en el equilibrio existente creando problemas de distinta índole como: trastornos psicológicos, afecciones en el desarrollo y crecimiento craneofacial, problemas de aprendizaje, además del daño producido en otros sistemas como el respiratorio, digestivo y nervioso.

La oclusión como tal no sólo abarca la relación e interdigitación de los dientes, sino también la relación con el sistema estomatológico. La mayoría de las maloclusiones son el resultado de una discrepancia en el tamaño de los dientes y los huesos, así como una desarmonía en el desarrollo de las bases óseas maxilares como consecuencia de un total desequilibrio producido por sus factores desencadenantes, como son los hábitos bucales nocivos.

El propósito de este estudio fue conocer los hábitos bucales nocivos más frecuentes en una muestra de niños de 2 a 15 años de edad que fueron atendidos en la Clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM y conocer si existió alguna asociación entre las maloclusiones y factores de riesgo como son los hábitos bucales nocivos.

2. ANTECEDENTES

Es bien sabido que los niños pasan por diferentes etapas de adaptación que abarcan desde el nacimiento hasta los dos años de edad, en las cuales presentan un mecanismo emocional pobre, y por lo tanto se encuentran en una fase oral de desarrollo donde la succión ejercida con las estructuras orales son fundamentales para su relación con el ambiente¹.

Ya que en las primeras etapas de la vida del ser humano la alimentación desempeña el papel principal de su existencia, en esta época la boca y las zonas circundantes constituyen la parte más importante de su cuerpo y al prolongarse tal etapa puede desarrollarse un hábito bucal nocivo, en consecuencia su comportamiento ya no es motivado en sentido de supervivencia sino más bien por la satisfacción de sus necesidades primarias, deseos e impulsos, tales como hambre, sed, frío, calor, enojo²; por lo tanto, no debemos juzgar como deplorables o anormales las conductas del niño para llevar a cabo algún hábito bucal, sino más bien como etapas naturales y normales de su evolución, reconociendo cuándo estos hábitos bucales son nocivos, es decir, cuando se encuentren repercutiendo o causando problemas de cualquier tipo y es entonces cuando debemos interceptarlos y erradicarlos³.

Autores como Robinson y Naylor afirmaron que los estudios a nivel dental referentes a métodos preventivos en niños de edad escolar se encontraban bien documentados, pero pocos eran los estudios que destacaban el control de hábitos bucales nocivos, como un medio de prevención para alteraciones dentales provocadas por dichas etapas⁴.

En este sentido, Campbell y Chandler reconocieron que el hábito de succión digital por períodos prolongados, provoca efectos específicos de anormalidades en la oclusión; el estudio realizado en Estados Unidos por la National Health Interview Survey reveló, que el amamantamiento por períodos prolongados está asociado en una gran proporción a la formación de maloclusiones en niños⁵.

Estudios como el de prevalencia de maloclusiones en niños de Brasil 2002, menciona que los hábitos bucales nocivos modifican la posición de los dientes y la relación de forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. La prevalencia de estos hábitos dependerá de la edad

del niño, ya que en edades entre 2 y 6 años, la succión digital y de chupón es mayor, mientras que en los niños mayores de 6 años se presenta mayormente la respiración bucal, succión labial y deglución atípica⁶.

Elvey y Hewie afirmaron que muchos problemas podrían ser evitados si el médico o el pediatra que explora al niño conociera los aspectos odontológicos, particularmente sobre los hábitos bucales nocivos y sus consecuencias, de ahí la importancia de conocer los signos clínicos más evidentes de éstos, ya que la detección de hábitos bucales nocivos es realizada casi siempre por el odontólogo⁷.

CLASIFICACIÓN GENERAL DE HÁBITOS

Los hábitos pueden ser clasificados en hábitos generales dentro de los cuales se localizan los hábitos sociales, sexuales, fisiológicos y físicos, estos últimos son aquellos que llegan a producir posiciones determinadas, en la conducta del individuo, como posiciones para dormir, leer, ver televisión, malposición corporal.

Los hábitos fisiológicos, son acciones ejecutadas mecánicamente, que consisten en satisfacer al organismo ante la presencia de estímulos como hambre, sed, micción y defecación (Fotografía 1).



Fotografía 1. Hábito fisiológico, estímulo de hambre
Cortesía del Dr. Jorge Pérez López

Los hábitos sociales, son modos de conducta que suponen cooperación o interacción con otros individuos de la misma especie, lo que lleva a la creación de ciertas normas en la interacción social, es decir, comportamientos que forman patrones de la cultura, por ejemplo, no hablar con la boca llena de alimentos y finalmente, los hábitos sexuales, son conductas especiales, en relación a satisfacciones sexuales⁸.

Goldman y Cohen dividieron los hábitos en dos grupos simples que son: Hábitos y neurosis oclusal, dentro de estos últimos se localiza el bruxismo y apretamiento de dientes. En contraste, Jossel dividió a los hábitos bucales en tres grupos:

a) Neurosis, siendo estos los labiales o mordedura de carrillos, introducción de mondadientes, interposición lingual, alimentación infantil, morderse las uñas, morder lapiceros, presión constante sobre los dientes debido a presión digital u otros objetos extraños y neurosis oclusal.

b) Hábitos profesionales o de oficio, son las alteraciones que ejercen los objetos dentro de la boca y sobre los dientes, por ejemplo los músicos con sus instrumentos o los carpinteros que colocan los clavos dentro de la boca (Fotografía 2).



Fotografía 2. Hábito profesional, violinista¹²

c) Hábitos ocasionales, tales como fumar cigarrillos o pipa, masticar tabaco, técnicas de cepillado impropias, respiración bucal y succión labial o digital⁹.

HÁBITO

Se define como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de realizar un mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y se repite con frecuencia; puede ser relegado completamente al inconsciente o simplemente es la compulsión a repetir una acción por acostumbramiento a su ejecución¹⁰.

HÁBITOS BUCALES ÚTILES Y DAÑINOS

Los hábitos pueden ser de dos tipos principalmente, los hábitos útiles, que son aquellos que incluyen las funciones normales, adquiridas o aprendidas como, posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación, entre otros y los hábitos dañinos que pueden llegar a ser peligrosos a la integridad del sistema estomatognático, dientes, hueso, lengua, labios y ATM¹¹.

FACTORES QUE MODIFICAN, INTENSIFICAN O MINIMIZAN LA ACCIÓN DE LOS HÁBITOS DE SUCCIÓN

Los hábitos de succión por su duración se subclasifican en: a) infantil (hasta los dos años), en esta etapa se presenta el patrón normal del comportamiento del infante como regla general y no tiene efectos dañinos; b) pre-escolar (de dos a cinco años) caracterizada por una succión, es ocasional y no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero si resulta continuo o intenso puede producir malposiciones en los dientes primarios; si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad, y finalmente el c) escolar, que abarca de los seis a doce años; estos pacientes requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, ya que se pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueléticas.

Los hábitos de succión por su frecuencia, pueden ser clasificados en intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos). Hay niños que sólo succionan por el día ocasionalmente y otros por las noches para poder dormirse, o bien ambas.

El factor intensidad se clasifica como poco intenso e intenso, el primero se da cuando la inserción del dedo es pasiva sin mayor actividad muscular, principalmente en los músculos buccinadores y generalmente no se introduce todo el dedo sino distraídamente la punta del dedo; se considera intenso cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y el buccinador es fácilmente apreciable¹².

HÁBITOS BUCALES SEGÚN SU ETIOLOGÍA

Se clasifican en:

- a) Instintivos, como el hábito de succión, el cual, al principio es funcional pero que puede tornarse en perjudicial, por la persistencia en el tiempo.
- b) Placenteros, son aquellos que provocan en el individuo una satisfacción al llevarlos a cabo, como es en algunos casos de succión digital.
- c) Defensivos, en pacientes con rinitis alérgica o asma, la respiración bucal se forma un hábito defensivo.
- d) Hereditarios, algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden traer consigo un hábito concomitante a dicha malformación por ejemplo, inserciones cortas de frenillos y lengua bífida.
- e) Adquiridos, por ejemplo, cuando la fonación nasal sigue presente en los pacientes fisurados, al hablar y aún después de ser intervenidos quirúrgicamente; principalmente se conocen como golpe glótico para diferentes fonemas y emisiones de diferentes sonidos faríngeos.
- f) Imitativos, son claros ejemplos de actitudes imitativas como la forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, hacer gestos o muecas¹³.

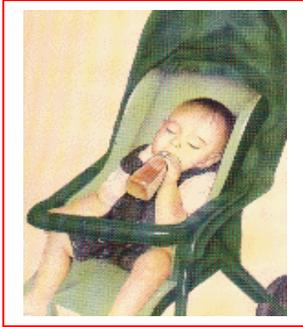
HÁBITOS BUCALES NOCIVOS PRESENTES EN NIÑOS

Los hábitos bucales nocivos que se presentan con mayor frecuencia en los niños son los de succión nutritiva como el uso prolongado del biberón, succión no nutritiva como de succión de chupón, succión de dedo y succión labial, la interposición y proyección lingual o deglución atípica, el de respiración bucal, los de postura, hábito parafuncional como el bruxismo, onicofagia, gesticulación, morder objetos extraños y masticación unilateral¹⁴.

USO PROLONGADO DE BIBERÓN Y DE CHUPÓN

Son hábitos de succión nutritiva y no nutritiva respectivamente, que si persiste por períodos de tiempo prolongado son considerados hábitos bucales nocivos, ya que con la

aparición de los dientes de la primera dentición deben ser reemplazados gradualmente por la masticación; pueden llegar a producir deformación ósea en la forma de la maxila, dependiendo de su duración, frecuencia e intensidad. Además, el biberón puede llegar a producir caries de la primera infancia¹⁵ (Fotografías 3 y 4).



Fotografía 3. Hábito de biberón¹



Fotografía 4. Hábito de chupón¹

SUCCIÓN DE DEDO

Se define como chupar o succionar algún dedo de la mano. Debido a la fuerza que ejerce el dedo sobre la maxila y los dientes, cuando es muy acentuado, produce alteraciones en la piel del dedo fácilmente visibles a la inspección clínica; la succión de dedo provoca generalmente una mordida abierta anterior, ocasionada por la presión que ejerce la mano y el brazo¹⁶ (Fotografías 5 y 6).



Fotografía 5. Hábito de succión digital



Fotografía 6. Alteraciones en la piel del dedo

También puede provocar estrechamiento de los arcos en la región de los caninos con menos intensidad en la región de molares superiores. Este hábito además de producir deformación sobre los arcos, perjudica a la estabilidad del hueso alveolar, por lo tanto hay una vestibularización de los dientes superiores anteriores y una mordida abierta originada por la interferencia del o de los dedos colocados entre los arcos (Fotografía 7).



Como no hay contacto entre los dientes anteriores, la mandíbula experimenta una rotación en sentido del horario, el dedo ejerce presión sobre los dientes y el proceso alveolar provocando una presión negativa intrabucal teniendo como consecuencia un paladar profundo y estrecho¹⁷.

No todos los niños que presentan dicho hábito bucal nocivo desarrollan necesariamente las alteraciones óseas deformantes y los dientes en maloclusión, esto dependerá de la duración y frecuencia con que se lleve a cabo. Este hábito se encuentra estrechamente vinculado al estado emocional del niño y es realizado principalmente en los momentos de angustia o ansiedad, por lo tanto es prioridad eliminarlo sin ejercer presión psicológica negativa en el niño¹⁸.

SUCCIÓN LABIAL

Se caracteriza por la acción de chupar, succionar o presionar el labio; raramente se localiza en el labio superior. La presión atípica del labio ocurre cuando el sellado labial no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino con la contracción fuerte del labio que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Así, los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en el sentido de la presión ejercida, existiendo apiñamiento, mientras que los incisivos de la arcada contraria se vestibularizan.

El labio que no participa en la succión se torna cada vez más hipotónico y adquiere un aspecto de labio corto, sin embargo, el labio participante se torna hipertónico, produciendo pérdida del contacto funcional anterior y favoreciendo la extrusión dentaria, aumentando el resalte y la sobremordida vertical y horizontal.

También provoca agresiones en los tejidos que circundan al labio, creando fricción sobre estos observándose los rasgos clínicamente¹⁹ (Fotografías 8 y 9).



Fotografía 8. Hábito de succión labial



Fotografía 9. Irritación en piel del labio inferior

INTERPOSICIÓN LINGUAL

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre los dientes, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores posteriores (a nivel de molares), observada en reposo, y o durante las funciones de deglución y fono-articulación.

En condiciones normales, la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores. En la interposición lingual en reposo la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección), esto puede causar deformidad en el hueso y malposición dentaria²⁰ (Fotografía10).



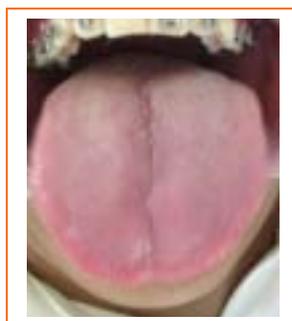
Durante la vida existen dos patrones de deglución naturales relacionados con el tipo de alimentación, que determinan la posición lingual en deglución, el patrón de deglución infantil que se presenta desde el nacimiento hasta la erupción de los dientes de la primera dentición, período durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior, y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes de la primera dentición (aproximadamente a los 8 meses de edad), la lengua adopta de manera paulatina una nueva posición dentro de la boca, la cual mantendrá durante el resto de la vida.

El llevar a cabo la deglución atípica después de erupcionar los dientes se considera un hábito bucal nocivo, y se puede detectar por los siguientes aspectos, al pedirle al niño que trague saliva, frunce los labios y contrae los músculos de la mejilla haciendo una mueca, al separarse los labios manualmente, se podrá observar la interposición lingual entre ambas arcadas.

Se puede dar una interposición lingual no natural en la fonación, en la cual para poder pronunciar en forma correcta ciertos fonemas, la lengua debe colocarse por detrás de los dientes superiores, pero el niño con deglución atípica, produce una interposición de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores.

Esta interposición se presenta principalmente en la emisión diferentes fonemas, donde se observa que el niño coloca la lengua entre los dientes lo cual es incorrecto y da la pronunciación de las palabras en un tono infantil; se considera normal durante los años en que el niño comienza a hablar, lo cual corregirá en la medida en que aprenda a colocarla bien y lograr el mejor control de los movimientos finos de ésta.

Dicho hábito puede producirse por alteraciones anatómicas en la lengua como lo es en el caso de pacientes que presentan macroglosia²¹ (Fotografía 11).



RESPIRACIÓN BUCAL

Es la sustitución del funcionamiento respiratorio normal nasal por bucal, lo que ocurre es que durante la inspiración y la expiración el aire pasa solamente por la cavidad bucal y como consecuencia provoca un aumento de la presión aérea intrabucal, el paladar se profundiza y al mismo tiempo como el aire no entra por los cornetes nasales deja de penetrar en los senos maxilares y se vuelven atrésicos, dando al paciente el aspecto característico de facies adenoidea.

Las facies adenoidea se caracteriza por dar aspecto de persona enferma es decir cara larga, mejillas flácidas, ojeras marcadas, orificios nasales pequeños, posición recta de la cabeza, boca entre abierta, labio superior corto e inferior atónico, resultando incompetencia labial con hipotoniscidad y resequedad, surcos genianos marcados, así como un surco nasolabial profundo (Fotografía 12).



Fotografía 12. Facies adenoidea

El paso del aire puede ser obstruido por alteraciones anatómicas como desviación del tabique nasal, adenoides hiperplásicas. La respiración bucal se considera un hábito bucal nocivo si persiste una vez superado el problema de obstrucción nasal.

Las alteraciones que puede producir la respiración bucal mantenida a través del tiempo, son enfermedades respiratorias, rinitis alérgica y a nivel dental se observa una compresión maxilar con la consiguiente mordida cruzada posterior bilateral ósea, alteraciones del cierre labial y alteraciones dentarias maxilares²² (Fotografía 13).



Fotografía 13. Tonsilas faríngeas hiperplásicas

MALPOSICIÓN CORPORAL

Es la postura inadecuada que adoptamos, haciendo presión constante en zonas de fácil deformación ósea, la deformación de los arcos también puede ser causada por las presiones anormales de postura, el más frecuente es el rostro apoyado sobre la mano o sobre el antebrazo.

El tipo de maloclusión ocasionado por este hábito es generalmente unilateral y localizado en el arco superior, lo que ocurre es que el peso de la cabeza pasa a los tejidos en la región de la maxila, localizada en ese lugar por la acción de la mano o el antebrazo, las estructuras de la mandíbula no se perjudican porque este hueso es móvil y se libera de la presión deslizándose. Los dientes de la maxila experimentan una inclinación hacia palatino ocasionando una mordida cruzada posterior. Otro hábito es el de apoyar las manos al leer o estudiar con la eminencia palmar y base del pulgar, descansando sobre los premolares y molares superiores, provocando con esta presión un desplazamiento lingual de los dientes, no todos los niños que realicen este hábito presentarán desviaciones de oclusión porque estos dependen muchas veces de la práctica constante del hábito.

El hábito de postura tiene por lo tanto como resultado una mordida cruzada posterior unilateral, sin desvío de la línea media (mordida cruzada posterior unilateral verdadera), cuando hay desvío de la línea media, la etiología de la mordida cruzada no será el hábito

de postura sino un desvío mandibular causado probablemente por un contacto prematuro de los caninos deciduos (mordida cruzada posterior unilateral falsa o funcional)²³.

BRUXISMO

Es el desgaste de las superficies dentarias por rechinamiento o apretamiento de los dientes con sus antagonistas, puede generar desórdenes funcionales del sistema estomatognático generalmente conocidos como disfunción temporomandibular.

El apretamiento de los dientes se da cuando las contracciones musculares son isométricas y mantienen las arcadas apretadas en una determinada posición ya sea céntrica o excéntrica, si las contracciones son isotónicas, es decir existen deslizamientos mandibulares repetitivos se denomina rechinamiento, en ambos casos el de desgaste dental no coincide con el desgaste por masticación, existiendo fracturas imprevistas de los dientes y obturaciones, cefaleas o trismus²⁴ (Fotografía 14).



Fotografía 14. Desgaste de bordes incisales debido a bruxismo¹⁹

El bruxismo puede clasificarse en bruxismo diurno y bruxismo nocturno, en dependencia del período del tiempo durante el cual se realiza. Ranmfjord plantea que estos hábitos oclusales tienen un fondo psicógeno bien definido y sirven como desahogo de la tensión emocional, preocupación o tensiones de otro tipo²⁵.

ONICOFAGIA

Se refiere al hecho de morderse las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o el chupón y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes, creando únicamente desgaste en los bordes incisales de los dientes anteriores y observándose clínicamente alteraciones como despellejamiento alrededor de las uñas de los dedos involucrados.

Sin embargo algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior.

El niño no debe ser reprendido, porque normalmente se encuentra asociado a graves disturbios emocionales, más bien, debe de ser eliminado paulatinamente con reforzamiento psicológico positivo²⁶ (Fotografías 15,16 y 17).



Fotografía 15. Onicofagia



Fotografía 16. Desgaste de superficies dentales³⁹



Fotografía 17. Alteración clínica en uñas³⁹

GESTICULACIÓN

Es el hecho de reproducir ciertos gestos de las personas cercanas a nuestro entorno, como colocar los labios y la lengua, y se debe a la influencia entre grupos familiares o escolares²⁷ (Fotografías 18 y 19).



Fotografía 18. Gesticulación niño

Fotografía 19. Gesticulación niña

MORDER OBJETOS EXTRAÑOS

Es la introducción dentro de la cavidad bucal de objetos extraños como lápices, mantas, juguetes (Fotografía 20).



Fotografía 20. Hábito de morder objetos extraños

MASTICACIÓN UNILATERAL

Se presenta cuando las condiciones de la masticación no son ideales, es decir que se presentan realizadas hacia un lado de preferencia, este proceso no se cumple de una manera simétrica, alterándose la dimensión vertical y provocando asimetría facial.

El crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático depende de numerosos factores, uno de los que intervienen es el de la masticación, que debe cumplir con ciertos requisitos para impulsar el desarrollo bilateral del complejo nasomaxilar y de esta manera se complete su crecimiento de una manera armoniosa, para que este proceso se realice de dicha manera es necesario contar con una masticación bilateral y enérgica, para que

ambos lados de los maxilares se estimulen con la misma intensidad produciendo un desarrollo simétrico²⁸.

OCLUSIÓN

Se refiere a la manera en la que los dientes de la maxila y la mandíbula se ensamblan, tanto en una mordida típica, como en una gran variedad de contactos entre los dientes durante la masticación, deglución, presión con fuerza o hábitos de trituración y otros movimientos normales de la mandíbula (Fotografía 21).



Fotografía 21. Oclusión

MALOCLUSIÓN

Es la disposición inadecuada de los dientes que crean un problema para el individuo, ya sea estético o funcional. La prevalencia de las maloclusiones indica que aproximadamente un tercio de la población mexicana tiene una oclusión que puede considerarse como normal o casi normal, mientras que unos dos tercios tiene algún grado de maloclusión, de estos sólo un pequeño grupo tiene una maloclusión atribuible a una causa específica conocida²⁹ (Fotografía 22).



ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

La etiología o factor causal de las maloclusiones es difícil de establecer puesto que ésta es de origen multifactorial, es decir no existe una causa específica atribuible, sin embargo en la actualidad se determina por dos factores principales que actúan en el crecimiento y desarrollo físico, siendo estos herencia y ambiente³⁰.

ETIOPATOGENIA DE LAS MALOCLUSIONES

Las maloclusiones pueden ser de tres tipos.

- Maloclusión ósea: mandibular, maxilar o de ambos.
- Maloclusión muscular: el hueso no se desarrolla correctamente.
- Maloclusión dentaria: alteraciones de forma, tamaño y posición³¹.

CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES

Baume menciona que las relaciones oclusales de los primeros molares permanentes dependerán en gran parte de la posición en que se presenten relacionados los segundos molares temporales teniendo así el plano terminal, es cuando las caras distales de los molares se encuentran en oclusión en un mismo plano, teniendo variaciones encaminadas hacia su posición dirigida en porciones distal o mesial, obteniendo el nombre de escalón mesial, distal o mesial exagerado cuando esta muy acentuada en su variación³² (Imagen 23. a, b y c).

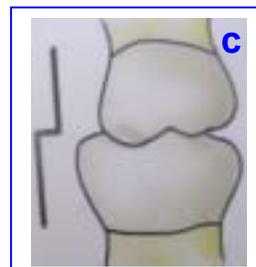
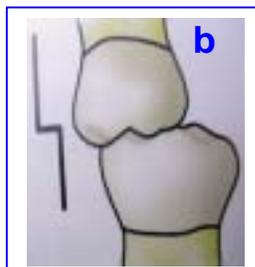
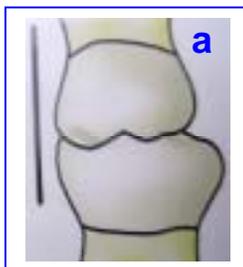
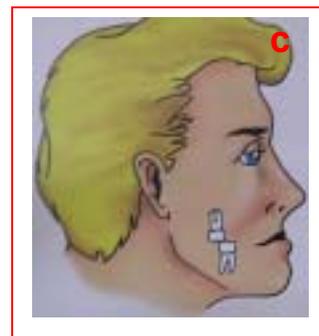
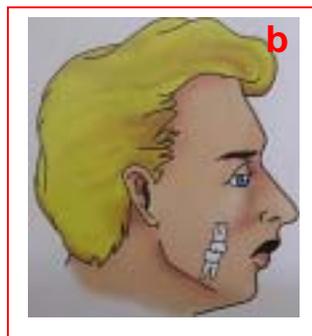
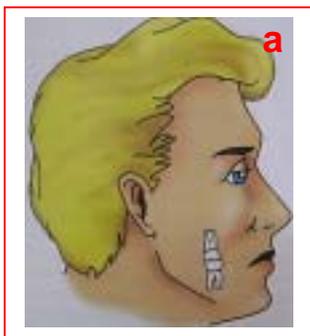


Imagen 23. a) Plano terminal recto, b) Plano terminal mesial y c) Plano terminal distal ¹⁹

Angle, basa su clasificación en la relación de la mandíbula con el maxilar, para la dentición permanente.

- Clase I: el cuerpo mandibular y su correspondiente arcada están en una posición anteroposterior correcta con respecto al maxilar. Los primeros molares están en Clase I (cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior).
- Clase II: el cuerpo mandibular y su correspondiente arcada están en una posición distal con respecto al maxilar. Los primeros molares están en Clase II (cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por mesial al surco mesiovestibular del primer molar inferior).
- Clase III: el cuerpo mandibular y su correspondiente arcada están en una posición mesial con respecto al maxilar. Los primeros molares están en Clase III (cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye distal al surco mesiovestibular del primer molar inferior)³³ (Imagen 24 a, b y c).



FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FORMACIÓN DE MALOCLUSIONES

FACTORES ESQUELÉTICOS

Estos factores son importantes en la etiopatogenia de las maloclusiones ya que los dientes están dentro de los procesos maxilares y cualquier anomalía de volumen o de posición influye en la relación interdentaria. Distinguimos dos tipos de hueso en los maxilares: hueso basal y alveolar, la maloclusión ósea deriva de la relación anormal de las bases óseas y la anomalía posicional o volumétrica entre la zona basal y la zona alveolar, ya que el hueso alveolar aparece y desaparece en función de los dientes y el basal permanece toda la vida³⁴.

Las alteraciones causadas por la desproporción de las bases óseas maxilares son las anomalías anteroposteriores, verticales y transversales. Las anomalías anteroposteriores son aquellas en la cual la base de la maxila se localiza por delante respecto a la mandibular, formándose una clase II esquelética. Por el contrario si la base de la maxila está retrasada con respecto a la mandíbula tenemos una clase III esquelética.

Si la anomalía es más posicional que volumétrica, se obtendrá un desplazamiento anteroposterior de la base maxilar formándose una desproporción entre el tamaño de la maxila con respecto a la mandíbula. Si se produce una combinación de ambas (posicional y volumétrica) tendremos una clase II esquelética donde, a nivel mandibular existirá micrognasia con una posición más posterior de la fosa glenoidea y a nivel maxilar éste será más grande y adelantado, con una posición anterior en relación a la base craneal.

De las anomalías verticales tenemos que existirá desproporción entre altura facial anterior y la altura facial posterior. Cuando la altura facial anterior está aumentada puede existir mordida abierta, incisivos más desplazados en posición vertical y divergencia marcada de las bases maxilares, por el contrario cuando la altura facial anterior está disminuida puede existir entrecruzamiento de los incisivos, sobremordida ya sea vertical u horizontal, y se encontrarán más cercanas las bases de los maxilares.

Las anomalías transversales se presentan cuando la base de la maxila, con respecto a la mandíbula es estrecha, por lo tanto, nos encontraríamos frente a un caso de mordida cruzada y por el contrario si fuese ancha tendríamos una sobremordida.

Si hablamos de la relación dentoalveolar existente observaríamos que existen discrepancias entre la posición del hueso alveolar y la base de soporte de los dientes y estos pueden estar desplazados en tres planos, sagital, transversal y vertical, provocando diastemas o apiñamiento³⁵.

FACTORES DENTALES

Las alteraciones dentarias que intervienen para el desarrollo de maloclusiones son: el tamaño, la forma y el número de los dientes.

FACTORES MUSCULARES

Los músculos proporcionan estabilidad a la dentición ya que existe un equilibrio de fuerzas, actuando sobre el desarrollo y estabilidad de la oclusión. Si se produce una ruptura de este equilibrio hay cambios de posición y de orientación. Por ejemplo, se puede romper el equilibrio entre los músculos de la expresión facial y lengua por hábitos de deglución incorrectos y tonicidad labial disminuida o aumentada, así como por alteraciones anatómicas como lo es cuando el paciente presenta macroglosia.

Un aumento de la tonicidad de la musculatura masticatoria, podría provocar que la mandíbula se acerque a la maxila, es decir exista una sobremordida, signo de hipertonicidad del temporal, masetero y pterigoideo. Una mayor tonicidad de la musculatura hioidea, provoca: mordida abierta y una compensación dentaria o crecimiento vertical³⁶.

OTROS FACTORES

Dentro de estos localizamos a las maloclusiones características que se encuentran presentes en pacientes con enfermedades congénitas, como por ejemplo algunos síndromes como el de Down o enfermedades adquiridas como la sífilis, en la cual los pacientes presentan dientes de forma anormal, geminaciones o fusiones dentales, caries, pérdidas prematuras de los dientes, alteraciones anatómicas, por ejemplo los frenillos de inserción baja, restauraciones mal colocadas o desbordadas, alteraciones patológicas como formaciones quísticas o tumores de la cavidad bucal y finalmente los traumatismos, como caídas, golpes, provocando fracturas dentales, alterando principalmente el patrón de erupción dental^{37,38} (Fotografías 25, 26, 27 y 28).



Fotografía 25. Fusión dental



Fotografía 26. Perdida prematura de molar deciduo



Fotografía 27. Patología dental vista radiográfica



Fotografía 28. Fractura de bordes incisales

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que es en la niñez donde los hábitos bucales nocivos se inician y la eliminación de éstos requieren no sólo del apoyo de los padres sino del pequeño, hecho que se convierte en un problema ya que no es tarea fácil convencerlo y esto constituye un reto para el alumno de quinto año que se enfrenta a la detección de determinados hábitos bucales nocivos en los niños de la Clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM.

La presencia de hábitos bucales nocivos como uso prolongado de biberón o chupón, succión digital, succión labial, onicofagia, respiración bucal, malposición corporal, bruxismo y proyección o interposición lingual, representa un problema real de salud pública tanto por su trascendencia y severidad, puesto que producen alteraciones dentales, faciales y esqueléticas, así como por su magnitud (número de niños que los presentan). Se ha observado que afecta al paciente no sólo a nivel morfológico, sino que también se traduce en afecciones de tipo psicológico y funcional, creando problemas en sistemas como el respiratorio, digestivo y nervioso.

De igual forma, los hábitos nocivos son considerados como factores de riesgo de considerable peso para el desarrollo de algún tipo de maloclusión ya que llegan a ser persistentes, y si consideramos que por un lado, es poca la información que se tiene sobre prevalencia de hábitos bucales nocivos asociándolos a las maloclusiones en niños, en las clínicas periféricas que dependen de la Facultad de Odontología de la UNAM, el alumno podría dejar pasar por alto el diagnóstico temprano de los mismos y no evitar las alteraciones de maloclusión que producen, por lo tanto:

¿Cuál es la prevalencia de hábitos bucales nocivos en la población infantil que demanda atención dental en la Clínica Periférica Venustiano Carranza?

¿Existe asociación entre la presencia de hábitos bucales nocivos y la presencia de maloclusiones?

4. JUSTIFICACIÓN

Realizar un estudio epidemiológico que permita conocer la prevalencia de hábitos bucales nocivos en la población de estudio y determinar si existe asociación con las maloclusiones presentes permitirá, en primer lugar, que los estudiantes de 5º año de la carrera puedan informar al paciente de la presencia temprana de hábitos bucales nocivos estableciendo su causa principal, y por el otro, contar con información actualizada en una población de niños y generar una línea de investigación epidemiológica que permita su comparación con otros estudios.

. CONCLUSIONES

El hecho de realizar un estudio de prevalencia sobre hábitos bucales nocivos asociado a las maloclusiones ha sido tema principal de diversos estudios ya que los hábitos bucales nocivos pueden ser un factor etiológico de las maloclusiones. Por lo tanto es importante tener presente que en nuestra población infantil existe mayor susceptibilidad a presentar tales acontecimientos, presentándose en diversas situaciones tales como la falta de programas preventivos que ofrezcan información explícita de las causas así como de las consecuencias, el desinterés por parte de la población que se encarga del cuidado de los niños y falta de conocimiento de los especialistas involucrados en el área de la salud (médicos generales, pediatras, cirujanos dentistas de práctica general, así como los alumnos de 5º año de la licenciatura en odontología).

Es de gran importancia que los estudiantes de 5º año de licenciatura en odontología, puedan informar al paciente y al responsable del mismo acerca de la presencia temprana de hábitos bucales nocivos y sus consecuencias no sólo a nivel físico, sino también abarcando su aspecto funcional y psicológico, estableciendo su causa principal, y esto sólo se logrará cuando al alumno se le entrene de tal manera que pueda diferenciar y apreciar cuando una circunstancia de este tipo esté presente y provocando alteraciones. Asimismo, es importante mencionar que este tipo de situaciones debe ser tratada de una manera multidisciplinaria, es decir, que intervenga la colaboración de diferentes sectores incluyendo al paciente, los padres o responsables del mismo, el cirujano dentista y otros colaboradores de la salud tales como: otorrinolaringólogo, psicólogo, terapeuta de lenguaje, fonoaudiólogo, entre otros, ya que sólo de esta manera podremos dar la solución efectiva y adecuada al problema.

Es importante que se diseñen y apliquen programas preventivos acerca de los hábitos bucales nocivos para que cumplan con la función de informar y educar a la población involucrada (profesional y no profesional), con el fin de prevenir las alteraciones dentales, faciales y esqueléticas, así como las funcionales y psicológicas que producen los hábitos bucales nocivos implantados, ya que sólo con una cultura y conocimientos adecuados podremos evitar la implantación de los mismos y sobretodo disminuir sus consecuencias en un alto grado.

Realizar más estudios de este tipo, sobretodo en las clínicas de atención dental a la población abierta de la Facultad de Odontología UNAM, permitirá monitorear, de manera paulatina, los diferentes sectores de la población y así poder comparar resultados de diferentes sectores geográficos y observar en cuál o cuáles se necesita proporcionar mayor información y educación del tema, obteniendo mayores beneficios para los pacientes.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walter L. Odontología para el Bebé. Sao Paulo Brasil: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, 2000: 3,9,35-43,47,48,83,84
2. Appignanesi R. Freud para principiantes Best-Seller. Buenos Aires Argentina: Editorial Era Naciente Documentales, 2002: 68,69,75,76,173
3. Freud A. Introducción del Psicoanálisis para Educadores. México: Editorial Paidós Educador Mc. Graw-Hill, 1992: 45-47
4. Jetson L, Dugoni S. Mixed dentition treatment case report. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 1998; 87: 335 – 341
5. Warren J, Bishara S. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2002; 8: 347-356
6. Alonso A, Della D, Moreira T. Prevalence of malocclusion in 4-6 year old Brazilian children. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry 2002; 27: 81-85
7. Kharbanda O. Oral habits in school going children of Delhi: A prevalence study. Journal Indian Soc. Pediatric Preventive Dentist 2003; 21: 120-124
8. Mayoral J. Ortodoncia, principios, fundamentos y práctica. 6ª.ed. México: Editorial Labor, 1990: 121-123
9. Bosnjak A. Incidence of habits in children with mixed dentition. Journal of Oral Rehabilitation 2002; 29: 902-905
10. Hernández M. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Revista Cubana de Ortodoncia 2000; 15: 66-70

11. Ataíde E. Manejo Temprano de los Hábitos Orales. Revista Odontológica Colombiana 2005, Abril, hallado en: <http://www.rev.encolombia.ssc>
12. Agurto P. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. Chilena Pediatría 1999; 70: 0370-4106
13. Quirós O, Quirós L. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos orales en odontología. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2006, Noviembre, hallado en: [http://www. publicacion@ortodoncia.ws](http://www.publicacion@ortodoncia.ws)
14. Paredes G, Paredes C. Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Rev. de Pediatría 2005; 62: 261-265
15. Warren J, Bishara S. Effects of oral habits duration on dental characteristics in the primary dentition. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2001; 132: 1685-1693
16. Larsson E, Dahlin M. Prevalence and etiology of initial dummy-and finger-sucking habit. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 1985; 9: 432-435
17. Larsson E, Lindsten R. Effect of sucking habits on posterior crossbite. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 1994; 38: 161-166
18. Tornisiello C, Rosenblatt A. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: Effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2004; 126: 53-57
19. Vellini F. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. Sao Paulo Brasil: Editorial Artes Medicas, 2002: 233-252, 257-301
20. Fujiki T, Inoue M. Relationship between maxillofacial morphology and deglutitive tongue movement in patients with anterior open bite. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2004;125:160-167

21. Klocke A, Ram S. Anterior open bite in the deciduous dentition: Longitudinal follow-up and craniofacial growth considerations. American Journal Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2005; 4: 353-358
22. Barrios L, Puente M. Hábito de respiración bucal en niños. Rev. Cubana de Ortodoncia 2005, Noviembre, hallado en: <http://www.revscub.ws/11.ssp>
23. Moyers R. Manual de Ortodoncia. 4ª. ed. México: Editorial Panamericana, 1994: 36-38
24. Winocur E, Gavish A. Oral habits among adolescent girls and their association with symptoms of temporomandibular disorders. Journal of Oral Rehabilitation 2001; 28: 624-629
25. Castillo R, Cepeda A. Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. Rev. Cubana de Ortodoncia 2001; 16:14-23
26. Yassaei S, Rafieian M, Ghafari R. Abnormal oral habits in the children of war veterans. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry 2005; 3: 189-192
27. Graber T. Ortodoncia Teoría y Práctica. México. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill,1983: 123-127
28. Díaz C. La orientación masticatoria como terapia coadyuvante en maloclusiones. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Pediatría 2005, Septiembre, hallado en: <http://www.ortodoncia.ws/17.asp>
29. Montiel M. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Rev. Asociación Dental Mexicana 2004; 6: 209-214
30. Okeson J. Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. 3ª.ed. México: Editorial Mosby–Doyma, 1996: 14-16

31. Barberia E. Odontopediatria. 2ª ed. Barcelona España: Editorial Masson, 2002: 343-347
32. Proffit W. Ortodoncia Teoria y Práctica. 2ª.ed. España: Editorial Mosby-Doyma, 1994: 2-5
33. Guardo A. Ortodoncia. Argentina: Editorial Mundi, 1985: 115-118
34. Finn S. Odontología Pediátrica. 4ª .ed. México: Editorial Interamericana, 1994: 96-102
35. Canut B. Ortodoncia Clínica. México DF: Editorial Salvat, 1992: 145-148,156,157
36. Viazis A. Atlas de Ortodoncia Principios y Aplicaciones Clínicas. Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1998: 10-17
37. White T. Introducción a la Ortodoncia. Buenos Aires Argentina: Editorial Mundi, 1980: 44-50
38. Sakkal R. Importancia de la interacción genética-ambiente en la etiología de las maloclusiones. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Pediatría 2005, Febrero, hallado en: <http://ortodoncia.ws/30.asp>
39. Ilzarbe A. Onicofagia frente a estética facial. Rev. Chilena de Pediatría 2005, Febrero, hallado en <http://revchilped.wss/15.ott>
40. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. 2ª. ed. Editorial McGraw-hill Interamericana. México.1998.

ANEXO I

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PADRES DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA PERIFÉRICA VENUSTIANO CARRANZA, SOBRE "HÁBITOS BUCALES NOCIVOS".

Este cuestionario consiste en recopilar datos epidemiológicos y únicamente se utilizarán para fines de investigación.
Toda la información que proporcione será tratada confidencialmente.

FECHA: _____ CUESTIONARIO: _____ GÉNERO:

F	M
---	---

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD:

--	--

Su hijo:

-¿Toma biberón? a) Sí b) No

-¿Con qué frecuencia?
a) Una vez al día b) Dos veces al día c) Mas de tres veces al día

-¿Utiliza chupón? a) Sí b) No

¿Con que frecuencia?
a) Una vez al día b) Dos veces al día c) Mas de tres veces al día

-¿Se chupa el dedo? a) Sí b) No

-¿En qué ocasiones lo hace?
a) Cuando está aburrido b) Al dormir c) Todo el día

Específica: _____

-¿Se chupa o muerde el labio? a) Sí b) No

-¿Con que frecuencia?
a) Una vez al día b) Dos veces al día c) Mas de tres veces al día

-¿Se muerde las uñas? a) Sí b) No

-¿Con que frecuencia?
a) Una vez al día b) Dos veces al día c) Mas de tres veces al día

-¿Permanece con la boca abierta? a) Sí b) No

-¿Con qué frecuencia?
a) Todo el día b) Sólo en ocasiones c) Cuando hace algún esfuerzo.

-Presenta postura corporal inadecuada : a) Sí b) No c) No contesto

-¿Rechina los dientes durante la noche? a) Sí b) No

-¿Con qué frecuencia?
a) Todos los días b) De vez en cuando c) Nunca

ANEXO II

REVISIÓN CLÍNICA EXTRAORAL E INTRAORAL.

Tipo de respiración:					
a) Nasal		b) Oral			<input type="checkbox"/>
<u>-Labios:</u>					<input type="checkbox"/>
a) Competencia		b) Incompetencia			<input type="checkbox"/>
-Presencia de irritación o descamación en los labios:					<input type="checkbox"/>
a) No		b) Sí			<input type="checkbox"/>
<u>-Dedos:</u>					<input type="checkbox"/>
a) Limpios		b) Con callosidades			<input type="checkbox"/>
Especificar: _____					
<u>-Onicofagia:</u>					<input type="checkbox"/>
a) Ausente		b) Presente			<input type="checkbox"/>
En reposo:					<input type="checkbox"/>
a) Normal		b) Atípica			<input type="checkbox"/>
En deglución:					<input type="checkbox"/>
a) Normal		b) Atípica			<input type="checkbox"/>
<u>-Tonsilas faríngeas:</u>					<input type="checkbox"/>
a) Normales		b) Hiperplásicas			<input type="checkbox"/>
<u>-Arcada superior (forma):</u>					<input type="checkbox"/>
a) Semicircular		b) Elíptica			<input type="checkbox"/>
Resalte de incisivos:					<input type="checkbox"/>
a) Normal	b) Vestibularizados	c) Palatinizados	d) Con apiñamiento		<input type="checkbox"/>
<u>-Arcada inferior (incisivos):</u>					<input type="checkbox"/>
a) Normales	b) Vestibularizados	c) Lingualizados	d) Con apiñamiento		<input type="checkbox"/>
Incisivos:	a) Normal	b) Borde a borde	c) Mordida abierta		<input type="checkbox"/>
Molares:	a) Mordida cruzada unilateral	b) Mordida cruzada bilateral	c) No presenta		<input type="checkbox"/>
Relación molar: -Derecha	a) Clase I	b) Clase II	c) Clase III		<input type="checkbox"/>
-Izquierda	a) Clase I	b) Clase II	c) Clase III		<input type="checkbox"/>
Planos terminales: -Derecha	a) Recto	b) Mesial	c) Mesial exagerado	d) Distal	<input type="checkbox"/>
-Izquierda	a) Recto	b) Mesial	c) Mesial exagerado	d) Distal	<input type="checkbox"/>
<u>-Escalón incisal:</u>					<input type="checkbox"/>
a) Sobremordida vertical		b) Sobremordida horizontal			<input type="checkbox"/>
-Bruxismo:	a) Ausente	b) Presente			<input type="checkbox"/>

ANEXO III

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES
NOCIVOS ASOCIADOS CON LAS MALOCLUSIONES PRESENTES EN
NIÑOS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA VENUSTIANO CARRANZA, UNAM

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, DF. a ____ de _____ de 2006.

Por medio de la presente autorizo a la pasante Laura Estela Vallejo Silva, para que le aplique una encuesta y le realice una exploración clínica intra y extra bucal a mi hijo _____ con la finalidad de obtener información en relación a la salud bucal de mi hijo. Se me ha explicado ampliamente en que consiste la revisión, que no implica ningún riesgo y que los resultados obtenidos podrán ser utilizados para fines de investigación científica, que a ella y a la UNAM más convenga.

Pasante
Laura Estela Vallejo Silva

Firma del padre o tutor

ANEXO IV

LISTA DE PACIENTES MASCULINOS ANALIZADOS EN EL ESTUDIO.

NOMBRE	EDAD
1-GIL DEL REAL ANGEL CRISTIAN	2
2-OROZCO URQUIJO STIVEN	2
3-ESPINOZA PÉREZ GERARDO	3
4-VÁZQUEZ ESTÉVEZ EDUARDO	3
5-GALLARDO SALGADO LUIS	3
6-ALVAREZ PÉREZ JUAN CARLOS	4
7-ARIAS ROBLES EUARDO	4
8-CANALES MORALES KEVIN	4
9-FLORES SOTO CRISTOFHER	4
10-FRANCO GUTIERREZ ALAN	4
11-ORTEGA NÚÑEZ JORGE	4
12-HUERTA SOTO YEHUIDI	4
13-TÓRRES ZARCO JOSÉ	4
14-VALADEZ CABADA RICARDO	4
15-FLORES BECERRA PEDRO	5
16-PIÑA VALADE Z EDDIE	5
17-CORTEZ MAGALLÁN ADRIAN	6
18-TELLO JIMÉNEZ CARLOS	6
19-ROSALES CARDOZA NEFI	6
20-REYES VARGAS CHRISTIAN	6
21-VALOR VELASCO SAUL	6
22-ABREU LÓPEZ ARMANDO	7
23-CÓRTEZ MAGALLÓN MARIO	7
24-JIMÉNEZ GONZÁLEZ MAURICIO	7
25-LÓPEZ ALATORRE JOAN	7
26-MACEDO PAZ OSCAR	7
27-MARTÍNEZ GODÍNEZ MARCEL	7
28-MAYA PALACIOS FERNANDO	7
29-PEÑA TÓRRES FERNANDO	7
30-VICENCIO PÚLIDO BRANDON	7
29-PEÑA TÓRRES FERNANDO	7
30-VICENCIO PÚLIDO BRANDON	7
31-CASTELLANOS TEJEDA MIGUEL	8
32-GALLARDO SALGADO CHRISTIAN	8
33-GIL LUNA BRANDÓN	8
34-IGLESIAS AGUIRRE CARLOS	8
35-LOAISA LÓPEZ DORIAN	8
36-ORTÍZ MARTÍNEZ ERICK	8
37-PAREDES MORENO EMILIO	8
38-RODRIGUEZ MEDINA IVAN	8
39-VALOR VELASCO RAUL	8

40-CASTRO VILLEDA DIEGO	9
41-ESPINOZA PÉREZ DIEGO	9
42-MARTÍNEZ GODINEZ ALAN	9
43-MORALES SÁNCHEZ LUIS	9
44-COLÍN NAVARRETE ALAN	9
45-RIOS PEGUERO ULISES	9
46-RIVERA AVELLANO HUGO	9
47-TÓRRES PÉREZ FRANCISCO	9
48-SOTO VALDÍN ISAC	9
49-GARCÍA VALENZUELA MARIO	9
50-AGUILAR PÉREZ ANDRÉS	10
51-GARCÍA DAMIÁN NOE	10
52-GARCÍA DAMIÁN SERGIO	10
53-GARCÍA SALGADO EDWIN	10
54-GONZÁLE ZARTE VICTOR	10
55-ISLAS AGUILAR JAVIER	10
56-MANRRIQUEZ YAN MARTÍN	10
57-MORALES ROJAS CARLOS	10
58-SERROBLANCO LÓPEZ BRANDÓN	10
59-AVALOS CASTRO VICTOR	11
60-AGUILAR HUITZIL OMAR	11
61-PORTILLA CAMPO RAUL	11
62-RICARDEZ CABRERA ALEXIS	11
63-RODRÍGUEZ HEREDIA SAMUEL	11
64-ROJAS BARRAGÁN JORGE	11
65-SÁNCHEZ LARA EDGAR	11
66-RIVERA CASTAÑEDA MARIO	12
67-GARCÍA MENDEZ MISAEL	12
68-GARCÍA CAMACHO FERNANDO	12
69-MARTÍNEZ ROBLES JUAN	12
70-AYALA ESCARSA KEVIN	13
71-RIOS PEGUERO MARCO	13

ANEXO V

LISTA DE PACIENTES FEMENINOS ANALIZADOS EN EL ESTUDIO

NOMBRE	EDAD
1-AYALA TORRES TANIA	3
2-ABREO LÓPEZ FERNANDA	3
3-ARREDONDO LÓPEZ DULCE	3
4-MIRANDA VAQUERO ASTRID	3
5-GÓMEZ YADTAR YARED	3
6-JARAMILLO CRISOSTO JUANA	3
7-JIMENEZ TELLO CAMILA	3
8-ARON HERNÁNDEZ KAREN	4
9-GUIRO ALVARADO JIMENA	4
10-MAGDALENO ANCONA SARAI	4
11-ROSALES CARDOZA LEIDI	4
12-MORALES VÁZQUEZ ANGIE	4
13-SAUCEDO BAUTISTA ALELI	4
14-ABEDAÑO MORALES CARMEN	5
15-CASTRO VILLEDA BARBARA	5
16-PÉREZ QUIROZ JASIVE	5
17-SÁNCHEZ REYES ROSA	5
18-TREJO RODRÍGUEZ KAREN	5
19-ALVARADO LEMUS YOLEISI	6
20-BERNAL GARCÍA SARA	6
21-CARRASCO FRANCISCO FERNANDA	6
22-CASTRO VILLEDA ALEXA	6
23-GUTIERRES MORALES ALMA	6
24-MARTÍNEZ ROJAS JESSICA	6
25-MONGE DELGADO ZAFIRO	6
26-ORDAZ CORTEZ FATIMA	6
27-ORTEGA NÚÑEZ ERIKA	6
28-PATRICIO MARTÍNEZ BRENDA	6
29-PÉREZ CABRERA DANIELA	6
30-VÁZQUEZ CRUZ MICHELLE	6
31-CAMACHO GÓMEZ VALERIA	7
32-CASTAÑEDA RIVERA DIANA	7
33-CUEVAS MARTÍNEZ CINTHYA	7
34-GIL DEL REAL ANDREA	7
35-HERNÁNDEZ ANGUIANO LAURA	7
36-HUITZIL AGUILAR DIANA	7
37-CONTRERAS ORTIZ TANIA	7
38-PÉREZ GARCÍA VANESA	7
39-ROJAS TELLO FEBE	7
40-ACOSTA MARTÍNEZ VIRIDIANA	8

41-FUENTES ROJAS KARINA	8
42-CABADA VALADEZ BETZI	8
43-JIMENEZ SANDOVAL JOSELIN	8
44-MONTERO PAZ GRECIA	8
45-OYOS REYES VIRIDIANA	8
46-GARCÍA RODRÍGUEZ FERNANDA	8
47-SANTIAGO DOMÍNGUEZ ITZAMARA	8
48-VELAZQUEZ GONZÁLEZ SIDNY	8
49-ALVARES FLORES ARLIN	9
50-AVALOS CASTRO BERENICE	9
51-MAYA PALACIO JAQUELINE	9
52-NERI RODRÍGUEZ ARELY	9
53-GIL LUNA FANI	10
54-GÓMEZ AGUILAR PAOLA	10
55-GÓMEZ VALLEJO ERIKA	10
56-HERNÁNDEZ LÓPEZ GUADALUPE	10
57-JIMENEZ JIMENEZ KENIA	10
58-RICARDEZ CABRERA EMILSE	10
59-RODRIGUEZ GUTIERREZ WENDI	10
60-CUESTA ZAMORA LAURA	11
61-LÓPEZ ALATORRE SILVIA	11
62-MONGE DELGADO AMBAR	11
63-NAVA MEJIA KAREN	11
64-RODRIGUEZ GARCÍA ALEJANDRA	11
65-RODRIGUEZ PONCE SANDRA	11
66-SALDIVAR CARRILLO PAOLA	11
67-TÓRRES CHAVEZ ALEJANDRA	11
68-GÓMEZ VALLEJO DIANA	12
69-GARCÍA SALGADO GABRIELA	12
70-TORRES PEREZ LUCIA	12
71-VICENCIO PULIDO VIRGINIA	12
72-VALADEZ NAVARRO OLIVIA	12
73-RODRIGUEZ NUDILLO OLIMPIA	13
74-TORRES MARTINEZ MELODY	13
75-AYALA ESPARZA TANIA	15
76-LECUONA MIRANDA LAURA	15