



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**“FRECUENCIA DE HÁBITOS ORALES EN
PREESCOLARES DEL JARDÍN DE NIÑOS
CHALCHITLICUE DEL MUNICIPIO DE CHIMALHUACÁN,
2015-2016.”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

EDUARDO GIOVANNI ALVAREZ GALINDO

DIRECTOR DE TESIS

C.D.ESP. LETICIA OROZCO CUANALO

ASESORA DE TESIS

MTRA. MARÍA EUGENIA BRIBIESCA GARCÍA

CIUDAD DE MÉXICO. 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 ANTECEDENTES.....	5
3.2 DEFINICIÓN	6
3.3 HÁBITOS ORALES	6
3.4 CLASIFICACIÓN	8
SUCCIÓN DIGITAL.....	8
SUCCIÓN LABIAL.....	10
RESPIRACIÓN BUCAL.....	12
DEGLUCIÓN ATÍPICA	14
ONICOFAGIA.....	16
MORDER OBJETOS	18
3.5 TRANSCENDENCIA	19
3.6 MARCO DE REFERENCIA DE LA POBLACIÓN.....	21
4. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	24
5. HIPÓTESIS	24
6. OBJETIVOS.....	24
7. MATERIAL Y MÉTODO	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	25
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
TÉCNICA	25
VARIABLES.....	27
8. RESULTADOS	29
9. DISCUSIÓN	37
10. CONCLUSIONES	40
11. PROPUESTAS.....	40
12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	41

13. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
15. ANEXOS	50
ANEXO 1 CARTA A LOS DIRECTORES.....	51
ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES DE FAMILIA)	52
ANEXO 3 FICHA EPIDEMIOLÓGICA.....	54
ANEXO 4 FOTOGRAFÍAS DEL PROCEDIMIENTO	56

1. INTRODUCCIÓN

El cirujano dentista al tratar pacientes infantiles el principal objetivo, es prevenir enfermedades y mantener el sistema estomatognático en buen estado de salud, incluyendo una correcta armonía oclusal, que se puede ir modificando de forma nociva.

Es importante conocer e identificar los factores que modifican el correcto desarrollo maxilofacial, los malos hábitos orales, son el resultado de la práctica repetida de un mismo acto que no es funcional. Estos son causa de alteraciones maxilares que produciendo trastornos de lenguaje, estética facial y repercuten en problemas emocionales en el niño y en relaciones futuras e interpersonales como adulto.

En este trabajo se identificó la importancia de los hábitos orales, sus características y cómo influyen en el desarrollo maxilofacial, además de sus efectos en la salud del sistema estomatognático.

El presente estudio describe la frecuencia de los hábitos orales, específicamente: succión digital, succión labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia, y morder objetos, que presentan los preescolares del jardín de niños "Chalchitlicue" perteneciente al municipio de Chimalhuacán.

Si se detectan a tiempo los hábitos orales, se pueden prevenir e interceptar las alteraciones dentomaxilares, por lo tanto, es importante intervenir a temprana edad para permitir un adecuado desarrollo maxilar, y a su vez crear conciencia en los padres o tutores de familia de lo importante que es la prevención odontológica.

2. JUSTIFICACIÓN

Un hábito bucal es una costumbre adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto; continua de una sucesión de actos que sirven para serenar una necesidad emocional, de forma inconsciente. La respiración nasal, la masticación y deglución, son consideradas fisiológicos y funcionales. También existen aquellos no fisiológicos. ¹

Por lo general los hábitos orales incorrectos comienzan desde la niñez dificultando su erradicación debido a la poca comprensión de los infantes a esta edad. ²

Es importante que el cirujano dentista detecte estos hábitos orales, ya que son factores que ocasionan alteraciones dentomaxilofaciales, interfiriendo en el crecimiento normal, en la musculatura orofacial y en el crecimiento óseo. ³

Es de suma importancia que el cirujano dentista trabaje de manera integral y para eso es necesario identificar los problemas de salud en que se encuentra la población, de ahí que el conocimiento de la frecuencia de hábitos orales constituye el fundamento en que se basaran las estrategias a trazar para controlar los factores de riesgo que puedan provocarlos así como las acciones a realizar con el objetivo de disminuir o eliminar las anomalías provocadas por esta entidad y así lograr un desarrollo armónico del sistema estomatognático. ⁴

La identificación oportuna en la infancia es importante ya que mientras se detectan en las primeras etapas de la vida serán menos las alteraciones que los hábitos provoquen. Mientras se realice un diagnóstico precoz se pueden prevenir las alteraciones para el desarrollo normal del sistema estomatognático del niño.

El entendimiento de los hábitos bucales durante la fase de crecimiento del paciente forma una parte esencial en la educación del cirujano dentista, así como de los especialistas que tratan pacientes en desarrollo normal como anormal. ⁵

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

En un estudio de prevalencia de hábitos bucales en niños entre 3 a 16 años de una población India, se observa que un 29,7% de la población de estudio presentó un hábito oral.⁶

Otra investigación realizada en España, con una muestra de 2.016 niños entre los 3 a 6 años de edad, reportó la succión digital en un 48,86% en los niños, y con más frecuencia en las niñas con un 54,37%.⁷

Asimismo, otros estudios con frecuencias más bajas de estos hábitos, hallaron un 14,6% con hábito de succión digital, 19,4% de respiración bucal y un 18,4% de deglución infantil o empuje lingual. Respecto a la succión digital encontraron un 9,36% en la población valenciana.³⁻⁸

En Chile, la tercera patología odontológica prevalente son las anomalías dentomaxilares y la causa de su aparición se debe a múltiples factores entre los que destacan los malos hábitos bucales. El universo estuvo constituido por niños de 3 a 6 años del área oriente de Santiago con un total de 1110 niño. El 66% presentó malos hábitos, siendo los más frecuentes la succión (62%), interposición lingual (15%). Los objetos más succionados fueron la mamila en 55%, el dedo en 23% y chupón 15%.¹

En un trabajo realizado en la provincia de Holguín Cuba, se reportó que el 29% de los niños examinados practicaban algún tipo de hábito bucal deformante.⁹

Un estudio realizado en México San Luis Potosí, al analizar niños de 0 a 6 años de edad, encontraron que el 62% tenía desviaciones en el patrón de normalidad para la dentición temporal, y en la mayoría de los casos, hubo presencia de hábitos bucales.¹⁰

Un estudio transversal en 147 niños masculino y femenino entre 2 y 15 años que asistieron a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Arrojo que la mayor prevalencia de hábitos orales correspondió a la

interposición lingual con un 66.2%, 49.3% succión labial, 41.9% onicofagia y 31.8% respiración bucal.¹¹

En el Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México se examinaron 211 preescolares de 3 a 5 años de edad del Jardín de Niños Felipe Carrillo Puerto, donde se encontró que del total de la población el 68.2% presentó al menos un hábito bucal. La mayor prevalencia de hábito bucal fue de onicofagia con un 35% seguido por succión digital con un 8.5%.y en tercer lugar succión labial con 8.0%.¹²

Otro estudio en Ciudad Nezahualcóyotl, en el Estado de México donde se examinaron 135 niños, con el fin de evaluar la frecuencia de maloclusión y su posible asociación con hábitos orales perniciosos. Se encontró la onicofagia en un 41% la respiración bucal en un 20% y empuje lingual 14%.¹³

3.2 DEFINICIÓN

Un hábito es la facilidad que adquiere una persona para repetir una determinada actividad.¹⁴

Hábito bucal son prácticas fijas producidas por la constante repetición de un acto, con cada repetición el acto será menos consciente y si es repetido muy a menudo será relegado a una acción inconsciente.¹⁵

También se puede definir como la costumbre a práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.¹⁶

3.3 HÁBITOS ORALES

Los hábitos orales son comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida, pero si permanece por tiempo prolongado puede afectar la posición de los dientes, la relación maxilomandibular estructuras miofuncionales y funciones como el habla, respiración y deglución.

El grado de afección por los hábitos bucales depende de cuatro factores importantes que son:

- **Intensidad:** Poco intensa es pasiva, sin mayor actividad muscular, por ejemplo cuando no se introduce el dedo completo, solo distraídamente la punta del dedo. Intensa existe contracción de los músculos, por ejemplo, cuando se succiona el dedo es apreciable en la periferia labial.
- **Frecuencia:** Pueden ser intermitentes (diurnos), o continuos (nocturnos), por ejemplo hay niños que succionan a cualquier hora del día y otros únicamente en la noche o para dormirse
- **Duración:** Infantil (hasta 2 años), forma parte normal del comportamiento del infante, no hay efecto dañinos. Preescolar (2 a 5 años), si es ocasional no hay efectos nocivos, si es intenso puede producir malposiciones en los dientes primarios, en esta etapa es reversible en un alto porcentaje de los casos. Escolar (6 a 12 años), requiere un análisis más profundo de la etiología, producen mal posiciones dentarias y malformaciones dentoalveolares.
- **Dirección:** Los vectores de esas fuerzas sobre los arcos, que pueden tener resultados diferentes.¹⁴⁻¹⁷

Se deben diferenciar.

Hábitos bucales fisiológicos no compulsivos: aquellos que nacen con el individuo (mecanismo de succión y deglución infantil). Estos corresponden a una modificación de la conducta, que suele ser pasajera, se adquiere y abandonan fácilmente al madurar psicológicamente.

Hábitos bucales no fisiológicos compulsivos: aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo o labial, onicofagia, deglución atípica, respiración bucal y morder objetos. Estos adquieren una fijación tal en el niño, que son parte de la forma de manifestar su seguridad contra el medio adverso que les rodea y corresponde a una necesidad emocional profundamente arraigada.^{18,19-20}

La presencia de un hábito bucal en el niño de tres a seis años de edad ya no se considera normal. Si el hábito ocasiona movimiento de los incisivos primarios estará indicado emprender alguna forma de intervención antes de que broten los permanentes. Si no ocurren cambios dentales no se aconseja terapéutica alguna por razones de salud dentaria; sin embargo, algunos pacientes y padres pueden solicitarla, por el hecho de que, conforme aumenta la edad del niño, los hábitos digitales o de chupete se vuelven menos aceptables desde el punto de vista social.²¹

La duración del hábito es importante y si este se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente.

3.4 CLASIFICACIÓN

SUCCIÓN DIGITAL

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir un dedo o más en la cavidad oral (el pulgar generalmente). Implica una contracción activa de la musculatura perioral.²²

Este hábito como cualquier otro, es el resultado de una actividad que se repite con determinada frecuencia, intensidad y duración que se convierte en un acto subconsciente que en la mayoría de las ocasiones trae al paciente una satisfacción por lo cual tiende a no manifestarse por sí mismo ningún deseo de eliminarlo.²³

Existen diferentes versiones acerca de su origen, teorías del aprendizaje y algunos lo relacionan con el tiempo y forma de la lactancia. El hábito de succión en los niños se debe a un reflejo natural que estaba presente en él bebe cuando se encontraba en el útero materno. Es algo completamente normal que se relaciona con la capacidad de supervivencia, la que le permite alimentarse y crecer, pero además le ofrece seguridad, placer y sensación reconfortante. También tiene la función de interiorizar al niño con su nuevo entorno. Chuparse el dedo es una costumbre que realizan los recién nacidos e incluso niños en edad escolar.²⁴

La succión digital persiste en el niño preescolar (2-5 años) bajo diferentes condiciones específicas.

- Fatiga
- Sueño
- Desplazamiento afectivo
- Aburrimiento²⁶

Se considera normal esta práctica hasta los dos años y medio de edad e incluso puede admitirse hasta los cuatro. La presencia del hábito disminuye con la edad y un alto porcentaje de niños lo abandona alrededor de los 3.5 a 4. Una investigación realizada lo considera normal entre los 3 o 4 años,²⁷ cuando persiste más allá de esta edad se considera como un signo de ansiedad o inestabilidad o un deseo de llamar la atención que puede tener repercusiones en un entorno social del niño y también a nivel orgánico.²⁸

También se sostiene que el hábito nace como una respuesta de adaptación y no necesariamente lo acompaña un desequilibrio psíquico. La succión de los dedos se presenta en momentos de presión, de aburrimiento o de cansancio pues genera tranquilidad e induce al sueño.²⁹

Si el hábito persiste durante el periodo de dentición mixta (de los 6 a 12 años), pueden producirse consecuencias importantes. La gravedad del desplazamiento de las piezas depende de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión. El desplazamiento de piezas o inhibición de su erupción puede provenir de dos fuentes: 1) la posición del dedo en la boca, y 2) la acción de palanca que ejerza el niño con otras piezas y el alveolo por la fuerza (figura 1) que genera si además de succionar, presiona contra las piezas.³⁰

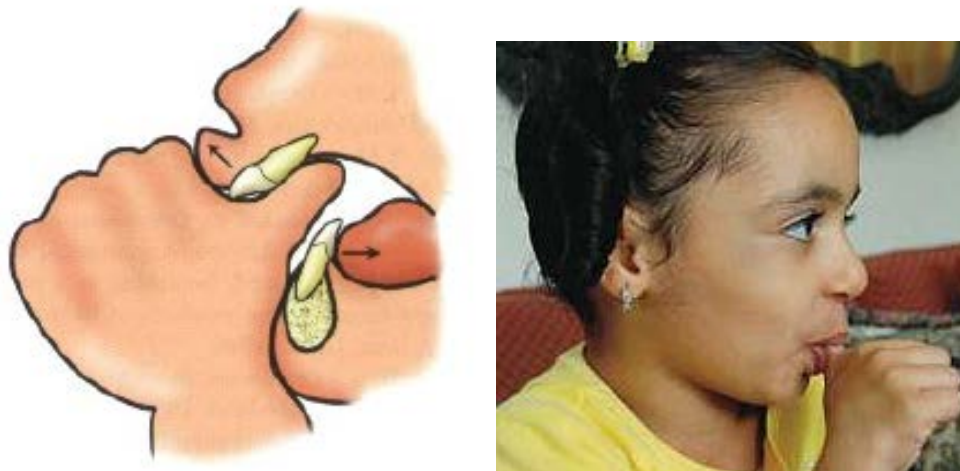


Figura 1. Hábito de succión digital

Fuente: Cameron A, Widmer R. Manual de Odontología Pediátrica. 3ra ed. España: Elsevier; 2010

Las consecuencias de la succión digital son: protrusión de los incisivos superiores con o sin diastemas, retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior (figura 2), prognatismo alveolar superior, estrechamiento de la arcada superior, mordida cruzada posterior y dimensión vertical aumentada.¹⁹



Figura 2. Mordida abierta anterior en dentición temporal

SUCCIÓN LABIAL

Hábito que conlleva a la manipulación de los labios y estructuras periorales.³¹

El hábito de succión labial influye en la dentición de diferentes maneras. Por su parte el hábito de lamer el labio resulta muy perjudicial para la oclusión.^{32,33}

Este hábito se presenta mayormente en el labio inferior.³⁴

Se observa en niños con maloclusiones que van acompañadas de un pronunciado resalte de los incisivos superiores, aunque también este hábito puede aparecer como una sustitución de la succión digital.

La mordedura del labio se aprecia más fácilmente en el invierno, se presentan como manifestaciones dérmicas fácilmente visibles como “enrojecimiento”, inflamación, sequedad de labios y tejidos peribucales.^{35, 36.}

También se pueden observar muchas veces una lesión semicircular en el labio inferior.³⁷

Los pacientes con este hábito no tienen un buen sellado labial, los incisivos inferiores de esta manera, se inclinan en sentido lingual, apiñándose, mientras los incisivos superiores se vestibularizan. (figura 3) Como el labio superior no participa de la deglución, se torna cada vez más hipotónico y adquiere un aspecto de labio corto. El labio inferior se torna hipertónico. La pérdida del contacto funcional anterior favorece a la extrusión dentaria aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales, caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.³⁸



Figura 3. Exceso de resalte incisivos

RESPIRACIÓN BUCAL

El hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca. Al romperse ese mecanismo fisiológico se afecta el crecimiento y desarrollo, no sólo facial, sino general. La respiración bucal se considera normal sólo cuando se realiza bajo esfuerzos físicos muy grandes.

Cuando los hábitos negativos persisten crean casos graves de maloclusión que afectan estética funcional del niño.^{39,40.}

Se ocasiona por una obstrucción nasal, que puede provocarse por una desviación del tabique nasal, adenoiditis, rinitis alérgica, asma y bronquitis, presencia de pólipos nasales, hipertrofia idiopática de los cornetes, inflamación de la mucosa por infecciones y falta de aseo nasal. En este hábito la lengua adopta una posición baja para que pueda circular el aire por la boca, esto produce una serie de cambios como son la apertura bucal permanente por hipotonicidad labial, un crecimiento transversal mandibular, freno del crecimiento transversal maxilar, elevación de la bóveda palatina dándole forma de paladar ojival (figura 4) y al haber estrechamiento de este provoca que disminuya el espacio para la erupción de la dentición permanente, dando lugar al apiñamiento ; también se pierde el contacto palatino, hay debilidad de la musculatura facial con aumento del tercio inferior de la cara, (figura 5) retrognatismo del maxilar inferior, labio superior corto e hipotónico, labio inferior hipertónico, músculo de la borla del mentón hipertónico, perfil convexo, enfermedades respiratorias y deformidades óseas.^{19, 41, 42,43,}



Figura 4. Características en dentición mixta del respirador bucal



Figura 5. Características del respirador bucal

DEGLUCIÓN ATÍPICA

Deglución normal.

Constituye la fase final de la masticación y el comienzo de la digestión de los alimentos. Comprende el conjunto de movimientos que inicialmente son voluntarios y posteriormente involuntarios.⁴⁴

Se caracteriza porque al tragar, los dientes están en contacto, la mandíbula está estabilizada, la punta de la lengua se coloca contra el paladar, arriba y detrás de los incisivos y la contracción mínima de los labios durante la deglución (los labios no se deberían mover al tragar)⁴⁵

Deglución atípica.

Movimientos inadecuados de la lengua, para realizar el paso de saliva y/o alimentos de la cavidad oral a la faringe.⁴⁶

En la deglución atípica, en lugar de que la punta de la lengua toque la papila palatina como en la deglución normal, ella se proyecta entre los arcos o simplemente ejerce la presión en la región anterior (figura 6 y 7) o lateral de la cara lingual o cúspides de los dientes superiores e inferiores tanto en el reposo como durante la deglución de la saliva, líquidos o alimentos.⁴⁴



Figura 6. Paciente infantil con proyección lingual de frente

Fuente directa



Figura 7. Paciente infantil con proyección lingual de perfil

Fuente directa

Deglución atípica. Con interposición labial

Los labios están entreabiertos en reposo, la musculatura labial inferior hipertónica (interponiéndose entre los incisivos superiores e inferiores), musculatura labial superior hipotónica, incisivos inferiores con inclinación lingual e incisivos superiores vestibularizados, resalte y sobremordida acentuados.⁴⁷

En cuanto a su acción lingual aparece como sustituto de la succión digital. La posición lingual en dicho hábito puede favorecer el desarrollo de una mordida abierta anterior (a nivel de incisivos) o laterales (a nivel premolares), y protrusión incisiva, se puede presentar como:

a) Interposición lingual

Clase de deglución atípica caracterizada por posición de la lengua entre los dientes, es decir, se limita la fuerza.

b) Empuje lingual

Clase de deglución atípica caracterizada por posición de la lengua contra los dientes, ya sea superior o inferior, realizando fuerza constante.⁴⁷.

Características más comunes.

Respirador bucal, tendencia a succión digital y onicofagia, hipotonía del labio superior, maloclusión dental, mordida abierta o lateral, sobremordida, y a veces mordida cruzada, muecas excesivas al tragar y resequedad labial. ^{46.48}.

ONICOFAGIA

Costumbre de “comerse o roerse” las uñas con los dientes, pudiendo provocarse heridas en dedos, labios y encía así como el desarrollo de diversas infecciones. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección mental. ⁴⁹

Es muy frecuente en niños de edad escolar, se inicia entre los 4 a años de edad para alcanzar su costumbre entre los 11 y 13 años, que de no ser tratado,²¹ en la infancia y edad juvenil influye negativamente en la estética del paciente tanto dental como esquelético.

Al igual que la succión digital, la onicofagia puede considerarse como un ejemplo de formas de actuar ante momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento

La continua y reiterada manía ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, dientes de enorme repercusión en la buena apariencia de la cavidad bucal, malposición dentaria, Los microtraumatismos que la uña ocasiona en las mucosas labiales hacen que aparezca infecciones oportunistas como en las lesiones herpéticas. Así mismo, la estética de las manos se ve mermada por la presencia de uñas escasas e irregulares

Onicofagia se caracteriza de dos formas distintas.

1. Onicofagia leve: Definida como la introducción del dedo en la boca en la cual existe un contacto entre el dedo y la uña con uno o más dientes, aunque esta descripción se puede comparar como una forma de autocomeerse, esta actividad solo limita el crecimiento de las uñas (figura 8) el cual está controlado por el corte que producen los dientes en ellas. Pueden ser hasta cierto punto aceptable socialmente pues general una vista únicamente como un hábito bucal de origen nervioso más que un producto de un desorden psicológico.⁵⁰



Figura 8. Alteraciones en uñas y tejido que le rodea

Fuente directa

Una forma de identificar que es leve, no presenta infecciones recurrentes como la severa.

1. Onicofagia severa: Es comparada con la automutilación y en ocasiones se identifica como parte de ella. Es también comparada como una conducta de inadaptación que implica un daño psicológico, como lo es la tricotilomanía (impulso incontrolable a arrancarse el cabello uno mismo⁵¹) que son consideradas actitudes automutilantes.

Se define como la mordedura de una uña que va más allá del borde libre y del margen de tejido suave que se encuentra por debajo de la uña que se produce con este tipo de laceración, favorece la aparición infecciones y sangrado que representan un inmenso daño.^{23, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58.}

MORDER OBJETOS

El chupar habitualmente lápices, chupetes, plumas y otros objetos duros pueden ser tan perjudiciales para el crecimiento facial como la del pulgar o de otros dedos.²³ Científicamente se conocen como hábitos onicofagia (mordedura de uñas), niños nerviosos, tensos, con mucha frecuencia muestran este hábito, y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, que sólo es un síntoma de su problema básico. La queilofagia (mordedura de labios), y la proyección lingual) mordedura de la lengua .Aunque no hay evidencia de que estos hábitos puedan producir algún cambio significativo en las estructuras bucodentales²⁴ pero por otra parte, se conocen algunos efectos nocivos bucofaciales, como traumatismos de tejidos blandos (irritación, úlceras, fatiga muscular, mucosa labial cicatrizada o hiperqueratosis; herpes labial, boca seca).²⁵



Figura 9. Las malas prácticas en los más pequeños, como chuparse el dedo o morder objetos, son causa de que algunos dientes queden deformados

En el caso de la interposición de objetos dependerá de su tamaño el tipo de mordida abierta que se producirá, ya sea en el sector anterior o posterior.⁴³

3.5 TRANSCENDENCIA

La importancia de estos hábitos para la estomatología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan los dientes entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Podemos considerar que el complejo maxilofacial se compone de 3 sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal, el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada. Los hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo de estos tres sistemas.⁵⁹

Los psicoanalistas consideran los hábitos como expresiones o impulsos que, si son reprimidas, encuentran una salida a través del comportamiento repetitivo e improductivo de ciertos hábitos adoptados. Otra perspectiva más descriptiva y más genérica es la de considerar los hábitos en términos de comportamientos adquiridos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario, ya sean positivos o síntomas patológicos.⁶⁰

Los hábitos orales son parte de la maduración natal, se presentan al nacimiento como reflejos condicionados y deben estar presentes para que el recién nacido sobreviva.⁶¹ La musculatura de la zona bucofacial es la que primero madura, antes que las extremidades. Es la boca el sitio de funciones vitales que deben estar prontas al nacimiento. Los reflejos condicionados son de dos tipos: los que aparecen con el crecimiento y desarrollo normal, y los no deseables que se producen con el desarrollo infantil individual.⁶²

Si bien los hábitos pueden ser síntomas de problemas de adaptación o de expresión emocional inadecuada, hay un porcentaje significativo de ellos que son solamente actitudes aprendidas sin raíz psicológica.⁶³ Todos estos hábitos son mecanismos que sirven para aliviar la tensión y por lo mismo, revelan la existencia de tensiones internas.⁶⁴

Shaw y col, hallaron que después de la altura, el peso y el cabello, el aspecto de los dientes era el cuarto motivo más común de burlas entre los de su edad. Sin

embargo, las burlas derivadas de la maloclusión dieron lugar a fuertes sentimientos de intranquilidad y tormento con una frecuencia significativamente mayor que con otros tipos de burlas.⁶⁵

Se conoce sobradamente el lugar que ocupan los hábitos bucales deformantes en el origen de las maloclusiones, de ahí la importancia de precisar cuáles de los pacientes los practican, por consiguiente, desde muy pequeños su eliminación redundaría en la menor o ninguna afectación. El efecto de los hábitos bucales sobre la posición de los dientes dependerá de la fuerza que ejercen sobre éstos.^{66,}
67.

Por lo tanto, dentro de la tendencia actual hacia los cuidados médicos y dentales universales, el argumento acerca de los beneficios de corregir la deformidad dentofacial se convierte en un aspecto importante de la salud pública, así mismo la sociedad moderna no quiere negar el tratamiento a un niños que puede obtener un beneficio social y psicológico del tratamiento de ortodoncia.⁶⁵

3.6 MARCO DE REFERENCIA DE LA POBLACIÓN

El presente estudio se realizó en escolares inscritos en la escuela Jardín de niños "Chalchitlicue", ubicada en la colonia tlatelco en Chimalhuacán, Estado de México; por lo que a continuación se hace una breve descripción de la zona de ubicación.

Chimalhuacán es uno de los 125 municipios del Estado de México. Se ubica en la zona oriente del Estado de México y es parte de la Zona metropolitana del Valle de México. Limita al norte con el municipio de Texcoco; al sur con los municipios de La Paz y Nezahualcóyotl; al oriente con los municipios de Chicoloapan e Ixtapaluca y al poniente con el de Nezahualcóyotl.(figura 9)⁶⁸



Fuente: instituto nacional para el federalismo y el desarrollo municipal. INAFED.

Demografía

El cerro del Chimalhuachi, que tiene una altura de 200 metros sobre el nivel del valle y de 2 520 msnm(msnm: metros sobre el nivel del mar).

Su latitud se ubica a los 19°22'27" de mínima y 19°27'48" de máxima. Su distancia aproximada a la capital del Estado, Toluca, es de 122 kilómetros. El clima predominante por la inexistencia de cuerpos de agua se ha modificado para quedar como templado subhúmedo, en un mínimo del territorio y en semiseco templado en el 96.09%, o sea la gran mayoría. La temperatura media anual es de 14.87°C, mientras que la máxima es de 17.70°C y la mínima de 11.10°C. La

temperatura más alta ocurre en el solsticio de verano. El municipio cuenta con un territorio de 63.74 kilómetros cuadrados de los cuales 50.57 son de uso urbano (81.%) en donde se ubican 86 colonias; 11.87 kilómetros cuadrados corresponden a zona federal.⁶⁹

De acuerdo a datos preliminares del Censo de población 2010 elaborado por el INEGI⁷⁰ la población del municipio descendió con respecto a la cifra de 2005, a 1,110,565 habitantes de los cuales 536,943 son hombres y 573,622 son mujeres, estableciéndose una relación hombre y mujer de 93.6, es decir que por cada 100 mujeres hay 93.6% hombres. Así mismo en 2010 se observó mayor número defunciones con 6,521 y menores nacimientos con 24,036 respecto al 2005, lo cual admite un factor importante en la disminución de habitantes en 2010.

Economía e Infraestructura Social

La participación económica en el municipio de Chimalhuacan corresponde a un 71.68% a hombres y 39.06% a mujeres, los rangos de edad donde se concentra la mayor participación económica son de los 25 a 54 años de edad en ambos sexos. La tasa de participación en la población de 15 a 19 años y de 20 a 24 años es menor con respecto a otros rangos de edad, en cuanto a la mujer es menor la participación de estas en comparación con los hombres. La población con niveles de ingreso menores a dos salarios mínimos es de 31.13% lo que la ubica en población con menor nivel de ingresos y mayor pobreza.⁷⁰

Educación

La población que asiste a la escuela es de 296,926 persona entre los rangos de edad de 3 a 24 años, es notable la disminución de escolarización de población mayor a 20 años. Se deja de asistir a la escuela a partir de los 15 años con un incremento notable que va en aumento conforme avanza la edad, condiciones que se asocian con una posible relación con el consumo.⁷⁰

Salud

La esperanza de vida de los hombres en el estado de México es de 73.6% y en mujeres de 78.5%, la tasa de mortalidad de hombres y mujeres en el estado corresponde a 4.8% a hombres y el 3.9% en mujeres,

En relación a la mortalidad infantil, aparecen las muertes por afecciones originadas en el periodo perinatal como causa número uno, posterior se reportan malformaciones congénitas, deformidades, anomalías cromosómicas y neumonía e influenza. Del total de población asegurada 588,296 el 52.97% son derechohabientes de algún servicio de salud, con un 336,922 corresponden al IMS, 111,248 al Seguro Popular y con un 104,291 con del ISSSTE y finalmente el 45.27% no derechohabientes.⁷⁰

Vivienda

La población que vive en condiciones de hacinamiento es de 15.23% en el municipio, con el 15.10 en el estado de México y un 14.09 a nivel nacional, el número absoluto de hogares de hogares familiares es de 258,358 de los cuales el 68.26% corresponde a hogares nucleares y el 29.72 a hogares ampliados. Los datos de hogares familiares con jefatura femenina representa el 26.09% de total de hogares familiares registrados en el municipio, cifra por arriba de lo registrado a nivel nacional, con un mínimo mayor con respecto a los datos registrados a nivel nacional.⁷⁰

4. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Los hábitos orales se consideran factores de riesgo para el desarrollo de maloclusiones, las cuales forman parte de las alteraciones bucales encontradas con mayor frecuencia; de ahí que se les considera como un problema de salud pública. Por tal motivo nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles hábitos orales se encuentran con mayor frecuencia por edad y sexo en los preescolares del jardín de niños "Chalchitlicue" perteneciente al municipio de Chimalhuacán?

5. HIPÓTESIS

Con los antecedentes de estudios previos, nuestra hipótesis es:

- La onicofagia y la succión digital son los hábitos orales que se encuentran con mayor frecuencia en los escolares.
- Los hábitos bucales predominan más en el sexo femenino.

6. OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar la frecuencia de hábitos orales en los preescolares de 4 a 5 años del jardín de niños "Chalchitlicue" perteneciente al municipio de Chimalhuacán.

ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de succión digital, succión labial, respiración bucal, interposición labial y lingual, onicofagia y morder objetos.
- Identificar el hábito oral que se presenta con mayor frecuencia por edad y sexo.

7. MATERIAL Y MÉTODO

- Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.
- El universo de estudio es de 186 niños nivel preescolar de 4 a 5 años de edad, que asistieron al jardín de niños “ Chalchitlicue” del municipio de Chimalhuacán con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños inscritos al preescolar “ Chalchitlicue” que cursen en 2º y 3º del ciclo escolar 2015-2016.
- Niños con edades entre 4 y 5 años de edad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnos mayores de 5 años.
- Niños bajo tratamiento de ortodoncia preventiva ó interceptiva.
- Niños que no presenten su consentimiento bajo información autorizado por su padre o tutor.

TÉCNICA

Se solicitó a las autoridades del plantel y a los padres de familia la autorización pertinente para la realización de la investigación además de solicitar el consentimiento informado para que se nos permitiera incluir a los niños en el estudio cubriendo de esta manera todos los aspectos ético legales.

También se llevó a cabo la intracalibración de un pasante de la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, para llevar a cabo el levantamiento de la ficha epidemiológica (Anexo, a través del método directo, la cual fue medida por medio del cálculo de concordancias absolutas y relativas, así como del estadístico Coeficiente de Kappa de Cohen, con el propósito de verificar que esas concordancias obtenidas no hayan sido debidas al azar ($Kappa=0.9$).

Para la realización del examen clínico se utilizaron mesas, sillas, se realizó bajo la luz del día con un espejo sin aumento y un explorador del #5 de la marca HUFRIEDY®, se mantuvo en todo momento el control de infecciones mediante el uso

de barreras de protección como son: guantes, bata blanca de manga larga, gorro, campos desechables tanto para el operador como para el paciente, lentes de protección cubrebocas y la esterilización de todo el instrumental utilizado. Previo a la inspección se realizaba la limpieza del área de trabajo con desinfectantes líquidos y en aerosol.

Nuestro examen intrabucal comprendía de 3 apartados clínicos en los cuales se observaban; hábitos bucales, tipo de oclusión, forma de arcada

En el caso de hábitos bucales se clasificaron según el tipo de hábito y sus características principales de cada uno. Succión digital, dedos (si presenta callosidades), Paladar estrecho y profundo, Mordida abierta anterior. Succión labial, labio inferior entre los incisivos, retrusión de los incisivos inferiores, irritación por debajo del labio inferior. Onicofagia (morder uñas), Uñas cortas y padrastrós en exceso. Deglución atípica, Proyección lingual al tragar, Incompetencia labial al tragar. Respirador bucal, Incompetencia labial, Presencia de amigdalitis, Cara alargada y Ojeras. Morder objetos, Revisar lápices y crayolas.

Para el tipo de oclusión se utilizó borde a borde, mordida profunda, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, mordida abierta posterior, sobremordida horizontal (overjet) mayor de 2 mm , sobremordida vertical (overbite) mayor de 2 mm.

Y por último la clasificación que utilizamos para la forma de arco fue una geométrica en el cual los dividíamos en triangular, cuadrado y ovalado.

VARIABLES

Variable	Definición	Tipo	Nivel de medición	Categoría	Técnicas
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Independiente	Cuantitativa discreta	4 a 5 años	Ficha Epidemiológica
Sexo	Características fenotípicas del individuo, socialmente construidas	Independiente	Cualitativa nominal	Masculino femenino	Ficha Epidemiológica
Succión digital	Hábito donde el dedo pulgar u otro dedo, en la boca, ejerce una fuerza excesiva sobre el maxilar superior.	Dependiente	Cualitativa nominal	Si No	Ficha Epidemiológica
Succión labial	Ocurre cuando se interpone el labio, casi siempre el inferior, entre los incisivos inferiores y superiores, en estado de reposo.	Dependiente	Cualitativa nominal	Si No	Ficha Epidemiológica

Deglución atípica	Hábitos donde al momento de la deglución la lengua se proyecta hacia adelante separando los incisivos superiores e inferiores.	Dependiente	Cualitativa normal	Si No	Ficha Epidemiológica
Morder objetos	Se interponen objetos entre los incisivos superiores e inferiores.	Dependiente	Cualitativa nominal	Si No	Ficha Epidemiológica
Respiración bucal	Hábito donde la respiración se realiza por la boca por lo que la lengua adopta una posición baja para que pueda circular el aire por la boca.	Dependiente	Cualitativa nominal	Si No	Ficha Epidemiológica
Onicofagia	Se refiere al hábito de morderse las uñas.	Dependiente	Cualitativa nominal	Si No	Ficha Epidemiológica

8. RESULTADOS

Se examinaron 186 sujetos del jardín de niños “Chalchitlicue”, para la exploración bucal y después de haber pasado los criterios de exclusión la muestra fue de 164 niños, de estos el 43.9% corresponde al sexo femenino y 56.1% del sexo masculino. Se observó que de acuerdo al sexo la presencia de hábito bucal por sexo es en el masculino un 22.6% y en el femenino es de 12.2%, la presencia total de ambos sexos fue de 34.8% con presencia de hábito bucal (Cuadro 1). El 65.2% no presenta ningún tipo de hábito bucal por ambos sexos. La presencia de hábito bucal por edad, cuatro años es la mayor prevalencia con 18.9% y con 15.9% en cinco años siendo un total de 34.8% con presencia de hábito bucal por edad y con un total de 65.2% sin presencia del hábito. (Cuadro 2)

CUADRO 1. PRESENCIA DE HÁBITO BUCAL POR SEXO

Sexo	SI		NO		TOTAL	
	%	F	%	f	%	F
Masculino	22.6	37	33.5	55	56.1	92
Femenino	12.2	20	31.7	52	43.9	72
TOTAL	34.8	57	65.2	107	100	164

CUADRO 2. PRESENCIA DE HÁBITO BUCAL POR EDAD

Edad	SI		NO		TOTAL	
	%	F	%	f	%	F
Cuatro años	18.9	31	26.2	43	45.1	74
Cinco años	15.9	26	39.0	64	54.9	90
TOTAL	34.8	57	65.2	107	100	164

En el sexo masculino el 6.7% presentó succión digital siendo mayor que el sexo femenino con un 4.3%. Dando un total de 11% de presencia del hábito por sexo. (Cuadro 3). La edad que presentó mayor presencia del hábito succión digital fue de los cuatro años con un 6.1% y 4.9% en los cinco años. (Cuadro 4)

CUADRO 3. PRESENCIA DE HÁBITO SUCCIÓN DIGITAL POR SEXO

Sexo	SI		NO		TOTAL	
	%	f	%	f	%	F
Masculino	6.7	11	49.4	81	56.1	92
Femenino	4.3	7	39.6	65	43.9	72
TOTAL	11.0	18	89.0	146	100	164

CUADRO 4. PRESENCIA DE HÁBITO SUCCIÓN DIGITAL POR EDAD

Edad	SI		NO		TOTAL	
	%	f	%	f	%	F
Cuatro años	6.1	10	39.0	64	45.1	74
Cinco años	4.9	8	50.0	84	54.9	90
TOTAL	11.0	18	89.0	146	100	164

En el sexo masculino el 4.3% presentó succión labial siendo mayor que el sexo femenino con un 3.0%. Dando un total de 7.3% de presencia del hábito por sexo. (Cuadro 5). Se observó que los niños de cuatro y de cinco años de edad ambos presentan 3.7% del hábito succión digital dando un total de 7.3%. (Cuadro 6)

CUADRO 5. PRESENCIA DE HÁBITO SUCCIÓN LABIAL POR SEXO

Sexo	SI		NO		TOTAL	
	%	F	%	f	%	F
Masculino	4.3	7	51.8	85	56.1	92
Femenino	3.0	5	40.9	67	43.9	72
TOTAL	7.3	12	92.7	152	100	164

CUADRO 6. PRESENCIA DE HÁBITO SUCCIÓN LABIAL POR EDAD

Edad	SI		NO		TOTAL	
	%	F	%	f	%	F
Cuatro años	3.7	6	41.5	68	45.1	74
Cinco años	3.7	6	51.2	84	54.9	90
TOTAL	7.3	12	92.7	152	100	164

En el sexo masculino el 7.9% presentó respiración bucal siendo mayor que el sexo femenino con un 4.9%. Dando un total de 12.8% de presencia del hábito por sexo. (Cuadro 7). La edad que presento mayor presencia del hábito respiración bucal fue de los cuatro años con un 6.7% y 6.1% en los cinco años. (Cuadro 8)

CUADRO 7. PRESENCIA DE HÁBITO RESPIRACIÓN BUCAL POR SEXO

Sexo	SI		NO		TOTAL	
	%	F	%	f	%	F
Masculino	7.9	13	48.2	79	56.1	92
Femenino	4.9	8	39.0	64	43.9	72
TOTAL	12.8	21	87.2	143	100	164

CUADRO 8. PRESENCIA DE HÁBITO RESPIRACIÓN BUCAL POR EDAD

Edad	SI		NO		TOTAL	
	%	f	%	f	%	F
Cuatro años	6.7	11	38.4	63	45.1	74
Cinco años	6.1	10	48.8	80	54.9	90
TOTAL	12.8	21	87.2	143	100	164

En el sexo masculino y femenino el 0.6% presentó deglución atípica, dando un total de 1.2%. (Cuadro 9). En la edad de ambas edades presentaron 0.6% en presencia de deglución atípica y un total de 1.2. (Cuadro 10)

CUADRO 9. PRESENCIA DE HÁBITO DEGLUCIÓN ATÍPICA POR SEXO

Sexo	SI		NO		TOTAL	
	%	f	%	f	%	F
Masculino	0.6	1	55.5	91	56.1	92
Femenino	0.6	1	43.3	71	43.9	72
TOTAL	1.2	2	98.8	162	100	164

CUADRO 10. PRESENCIA DE HÁBITO DEGLUCIÓN ATÍPICA POR EDAD

Edad	SI		NO		TOTAL	
	%	f	%	f	%	F
Cuatro años	0.6	1	44.5	73	45.1	74
Cinco años	0.6	1	54.3	89	54.9	90
TOTAL	1.2	2	98.8	162	100	164

En el sexo masculino el 4.3% presentó onicofagia siendo mayor que el sexo femenino con un 0.6%. Dando un total de 4.9% de presencia del hábito por sexo. (Cuadro 11). La edad que presento mayor presencia del hábito onicofagia fue de los cuatro años con un 4.3% y 0.6% en los cinco años. (Cuadro 12)

CUADRO 11. PRESENCIA DE HÁBITO ONICOFAGIA POR SEXO

Sexo	SI		NO		TOTAL	
	%	F	%	f	%	F
Masculino	4.3	7	51.8	85	56.1	92
Femenino	0.6	1	43.3	71	43.9	72
TOTAL	4.9	8	95.1	156	100	164

CUADRO 12. PRESENCIA DE HÁBITO ONICOFAGIA POR EDAD

Edad	SI		NO		TOTAL	
	%	F	%	F	%	F
Cuatro años	4.3	7	40.9	67	45.1	74
Cinco años	0.6	1	54.3	89	54.9	90
TOTAL	4.9	8	95.1	156	100	164

En el sexo masculino el 8.5% presentó el hábito de morder objetos siendo mayor que el sexo femenino con un 5.5%. Dando un total de 14.0% de presencia del hábito por sexo. (Cuadro 13). La edad que presentó mayor presencia del hábito morder objetos fue de los cuatro años con un 7.9% y 6.1% en los cinco años. (Cuadro 14)

CUADRO 13. PRESENCIA DE HÁBITO MORDER OBJETOS POR SEXO

Sexo	SI		NO		TOTAL	
	%	f	%	f	%	F
Masculino	8.5	14	47.6	78	56.1	92
Femenino	5.5	9	38.4	63	43.9	72
TOTAL	14.0	23	86.0	141	100	164

CUADRO 14. PRESENCIA DE HÁBITO MORDER OBJETOS POR EDAD

Edad	SI		NO		TOTAL	
	%	f	%	f	%	F
Cuatro años	7.9	13	37.2	61	45.1	74
Cinco años	6.1	10	48.8	80	54.9	90
TOTAL	14.0	23	86.0	141	100	164

En el sexo masculino el 3.7% presentó mordida abierta anterior siendo mayor que el sexo femenino con un 0.6%. Dando un total de 4.3% de presencia del hábito por sexo. (Cuadro 15). La edad que presentó mayor presencia de mordida abierta anterior fue de los cinco años con un 2.4% y 1.8% en los cuatro años. (Cuadro 16)

CUADRO 15. PRESENCIA DE MORDIDA ABIERTA ANTERIOR POR SEXO

Sexo	SI		NO		TOTAL	
	%	F	%	f	%	F
Masculino	3.7	6	52.4	86	56.1	92
Femenino	0.6	1	43.3	71	43.9	72
TOTAL	4.3	7	95.7	157	100	164

CUADRO 16. PRESENCIA DE MORDIDA ABIERTA ANTERIOR POR EDAD

Edad	SI		NO		TOTAL	
	%	F	%	f	%	F
Cuatro años	1.8	3	43.3	71	45.1	74
Cinco años	2.4	4	52.4	86	54.9	90
TOTAL	4.3	7	95.7	157	100	164

En el sexo masculino el 3.7% presentó vestibularización de dientes anteriores siendo mayor que el sexo femenino con un 1.8%. Dando un total de 5.5% de presencia del hábito por sexo. (Cuadro 17). La edad que presentó mayor presencia de vestibularización de dientes anteriores fue de los cuatro años con un 3.7% y 1.8% en los cinco años. (Cuadro 18)

CUADRO 17. VESTIBULARIZACIÓN DE DIENTES ANTERIORES SUPERIORES POR SEXO

Sexo	SI		NO		TOTAL	
	%	f	%	f	%	F
Masculino	3.7	6	52.4	86	56.1	92
Femenino	1.8	3	42.1	69	43.9	72
TOTAL	5.5	9	94.5	155	100	164

**CUADRO 18. VESTIBULARIZACIÓN DE DIENTES ANTERIORES SUPERIORES
POR EDAD**

Edad	SI		NO		TOTAL	
	%	f	%	f	%	F
Cuatro años	3.7	6	41.5	68	45.1	74
Cinco años	1.8	3	53.0	87	54.9	90
TOTAL	5.5	9	94.5	155	100	164

El hábito con mayor porcentaje es morder objetos con un 14.0%, seguido por respiración bucal con 12.8% y succión digital con 11%. El menor porcentaje registrado fue deglución atípica con un 1.2%. (Cuadro 19)

CUADRO 19. FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES HÁBITOS BUCALES

HÁBITO	F	%
Morder objetos	23	14.0
Respiración bucal	21	12.8
Succión digital	18	11
Succión labial	12	7.3
Onicofagia	8	4.9
Deglución atípica	2	1.2
Total	84	51.2

9. DISCUSIÓN

El porcentaje obtenido de hábitos bucales observado en los escolares de este estudio fue de 51.2% menor al de Paredes y cols⁷ con un 53% que obtuvo al realizar una investigación en España en 1100 niños, y al 57% que Agurto y cols¹ encontró en una población de 1110 de niños en Chile, esta diferencia se puede deber a los distintos instrumentos de medición y métodos que se utilizaron en cada estudio, como el de Pellitero y cols⁹ donde la información se obtuvo al realizar sólo un examen clínico a los escolares y no se consideró la intervención de los padres de familia.

El hábito bucal de mayor frecuencia fue de morder objetos con el 14.0%, este resultado no coincidió con ningún otro estudio revisado anteriormente. Cabe señalar que otros autores encontraron que la succión de biberón y empuje lingual eran los principales hábitos nocivos, mientras que Paredes y cols⁷ encontró con mayor frecuencia a la deglución atípica y a la respiración bucal sin considerar la onicofagia.

Los niños presentaron mayor frecuencia en morder objetos, Ocampo²⁵ lo relaciona con indicadores de presión y supresión psicosocial, además la influencia de los conflictos familiares, los celos, la presión escolar y la ansiedad, los cuales se presentan especialmente en las grandes ciudades: por lo tanto, la tensión emocional también es un factor etiológico que se puede desencadenar la presencia de esto.

La edad que presentó mayor frecuencia de hábito bucal fue el de cuatro años seguido del de cinco años, este resultado coincide con Ponce y cols¹⁰, quien informó que este grupo es más afectado por los hábitos bucales y también que los hábitos van desapareciendo o disminuyendo conforme crece el niño.

En los hábitos de succión digital, respiración bucal y deglución atípica, se presentó la mordida abierta anterior con mayor frecuencia, estos resultados reiteran lo que

menciona Barragán y cols⁶⁵, quien decalar que la mordida abierta también puede ser causado por mala pauta de la deglución y la mala posición lingual en reposo.

Todos estos resultados obtenidos demuestran que los escolares están expuestos a varios factores desencadenante a un hábito bucal, entre estos factores el aspecto psicológico es de vida, especialmente en las grandes ciudades, es muy acelerado lo cual provoca tensión, estrés, ansiedad, nerviosismo, etc. que no sólo afecta emocionalmente y esto repercute en la salud del sistema estomatognático.

Es bien sabido que los hábitos bucales son uno de los factores que provocan maloclusiones, por lo tanto, es un deber del Cirujano Dentista reconocer la presencia de algún hábito bucal para prevenir deformaciones en el crecimiento y desarrollo maxilofacial lo cual provocaría maloclusiones; esto se debe de tener en cuenta, principalmente en niños, ya que se encuentran en procesos de crecimiento y desarrollo. Además, entre más temprano se detecte el hábito bucal mejor se puede prevenir las alteraciones en el desarrollo normal del sistema estomatognático del niño.

Por lo tanto, para prevenir el desarrollo de maloclusiones ocasionadas por la presencia de hábitos bucales, el Cirujano Dentista debe realizar primero un diagnóstico integral, es decir, evaluar al paciente desde un punto de vista biológico, psicológico y social. Además, debe haber una concientización o acondicionamiento psicológico en el niño, es decir al conocer los daños y perjuicios que los hábitos nocivos le pueden ocasionar, el niño desminuirá de forma paulatina el hábito; además es preciso que se recuerde de manera constante al niño los beneficios que obtiene al dejar el hábito nocivo por lo contrario, las consecuencias de seguir con el hábito, para ello es necesario la intervención de los padres; también es importante hacer una valoración psicológica para hacer saber si se trata de un trastorno emocional que pudiera padecer el niño o por el contrario, saber si se trata de un trastorno fisiológico que obligará al niño a practicar el hábito bucal.

Debido a que los hábitos bucales tienen una fuerte asociación con los aspectos psicológicos del niño, el Cirujano Dentista, no debe enfocarse únicamente al problema dental y funcional sino principalmente orientar, en algunos casos, al tratamiento conductual, de ahí la importancia del manejo multidisciplinario con la colaboración de especialistas que tratan pacientes en desarrollo, quienes son los más afectados por hábitos bucales.

Al detectar la presencia de algún hábito pernicioso y seguir el correcto tratamiento, se pueden evitar tratamientos ortodónticos u ortognáticos que pudieran ser innecesarios, pero además se puede contribuir en gran manera al buen estado emocional, del paciente, por tener una buena estética del complejo facial.

Si el Cirujano Dentista realiza lo expuesto anteriormente cumplirá con las expectativas de abordar al paciente de manera integral, lo cual, repercutirá en el bienestar del individuo.

10. CONCLUSIONES

- La presencia de hábitos bucales en la población estudiada en ambos sexos fue del 34.8%, del cual el 22.6% fue del sexo masculinos y el 12.2% del sexo femenino.
- El grupo de edad mas afectado por el hábito bucal fue el de 4 años con el 18.9% y el 5 años de edad con un 15.9%.
- El hábito bucal con mayor frecuencia fue el de morder objetos con un 14.0% seguido de respiración bucal con 12.8% y succión digital con 11%.
- Cabe destacar que hubo escolares que presentaron más de un hábito.

11. PROPUESTAS

Es importante que el Cirujano Dentista, al tratar con niños, realice una evaluación de forma rutinaria durante la consulta para determinar si presenta algún tipo de hábito bucal, la cual se obtendra con ayuda de los padres.

En instituciones de salud se debe informar a los padres acerca de los hábitos bucales para que aprendan a identificarlos, en caso de que los presentes sus hijos, y de esta manera se puedan prevenir, a edades muy tempranas, aquellas alteraciones en el desarrollo y crecimiento orofacial que causan los hábitos bucales.

Al tratar con pacientes que presenten algún hábito bucal, es de suma importancia también analizar el estado emocional para determinar correctamente cuál es la verdadera causa del hábito; y de esta manera el tratamiento a seguir será interdisciplinario, con la colaboración de otros especialistas.

Al realizar estudios relacionados con la frecuencia de hábitos bucales es importante realizar un estudio de los factores sociales y psicológicos que rodean a la población, pues estos factores influyen de manera significativa en la presencia de hábitos bucales.

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Octubre Noviembre 2015	Febrero 2016	Marzo Abril 2016	Mayo Junio 2016
Estandarización de hábitos orales	22, 23, 29 y 30 de octubre. Y 5,6 de noviembre			
Educación a la salud bucodental sobre hábitos orales	Del 12 al 13 de noviembre	11, 12, 18, 19 y 25.		
Levantamiento de hábitos orales		29 de febrero	3, 4,10, 11,17, 18 de marzo	
Captura de datos obtenidos			del 25 al 29 de abril	5, 6, 12, 13 de mayo
Publicación de los resultados				Del 8 al 10 de junio

13. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a los lineamientos citados en la Declaración de Helsinki.

- Se obtendrá el permiso por parte de la institución Jardín de niños “Chalchitlicue”
- Se les brindara toda la información así como la respuesta a cualquier duda a los tutores de los pacientes contemplados para la investigación.
- Se obtendrá el consentimiento informado por escrito de los padres de familia o tutores según sea el caso.
- Los procedimientos efectuados serán realizados a manos de personal calificado siguiendo las Normas Mexicanas correspondientes para cada procedimiento.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Agurto VP, Díaz MR, Cádiz DO, Bobenrieth KK. Frecuencia de los 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. Chil. Pediatr. 1999; 70(6): 470-482.
- 2.- Maya HB. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de los hábitos bucales incorrectos. Rev Cub Ort 2000; 15(2):66-70.
- 3.- Paredes GV, Paredes CC. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. An Pediatr 2005; 62(3):261-5.
- 4.- Más GM, Mora PC, López FR, Apolinaire PJ. Hábitos bucales: Frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. MediSur. 2009; 7(1):8-14.
- 5.- Hernández SJ, Soto LL, Villavicencio FJ. Frecuencia de hábitos orales en escolares de 5 a 14 años en la ciudad de Santiago de Chile de Cali. Revista Estomatología. 2002; 10(1): 20-24.
- 6.- Shetty SR, Munshi AK. Oral Habits in children: A prevalence study. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2009; 16: 61-6.
- 7.- Silva FO, Do Rego N, Silva P, Cavassan AO, Fernández SJ. Hábitos de succión y maloclusión: epidemiología en la dentadura temporal. Ortodonc Española. 2004; 44(2): 127-40.
- 8.- Conde SH, de León FI, Rivera LD. Eliminación de factores de riesgo de maloclusión dentarias en niños de primaria. Municipio Cárdenas 2002.
- 9.- Pellitero RB, García RB, Díaz MJ, Torres CE. Caries maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. Correo Científico Médico de Holguín. 2003; 7(3):1-9.
- 10.- Ponce PM, Hernández MY. Frecuencia y distribución de maloclusión en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí México. Programa bebe clínica potosina. 2006.

- 11.- Mendoza OL, Meléndez OF, Ortiz R, Fernández A, Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev. Mexicana de Ortodoncia. 2014; 2(4): 220-227.
- 12.- Murrieta-PJ, Allendelagua BR, Pérez SL, Juárez-LL, Linares VC, Meléndez OA, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2011; 68(1): 24-30.
- 13.- Montiel ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Rev ADM. 2004; 61(6):209-214.
- 14.- Cárdenas DJ, Fundamentos de la odontología. Odontología pediátrica. 4ta edición. Corporacion para la investigación biológica: Madrid; 2009: 379-383.
- 15.- Alvarado RA. Tratamiento temprano de los hábitos perniciosos con Infant trainer. Australiasan dentist México y Latinoamérica. Octubre-noviembre 2008 México.
- 16.- Revista cubana estomatológica. Integración educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Revista cubana V.44 no.4 C.d. Habana Oct-Dic 2007.
- 17.- Jamain A. Tratado elemental de anatomía descriptiva y de preparaciones anatómicas. 2da. España: martor, 2011.
- 18.- Muthu MS, Sivakumar N. Pediatric dentistry: principles y practice. India: Elsevier; 2009: 320-327.
- 19.- Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Rev Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2011. Disponible: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
- 20.- Martínez MH, Garza CG, Martínez MR, Treviño MA, Rivera GS. Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. Odontol Pediatr. 2011; 10 (1): 22-27.

- 21.- Pinkham. Odontología pediátrica. Edit. Interamericana. Mc Graw-Hill. Año 1991.
- 22.- Canut BJ. Ortodoncia clínica. Barcelona: Editorial Salvat; 1992. p 220
- 23.- Moyers ER. Manual de ortodoncia. 4 ed. Buenos Aires: Médica panamericana; 1998. P 193, 563
- 24.- Varela ME. Problemas bucodentales en pediatría. Madrid: Ergon; 1999. P 193.
- 24.- Cuba GM. Conocimiento sobre hábitos de succión en pediatras y odontólogos de Lima metropolitana; Lima. 2012: 41.
- 25.- Ocampo A, Lema M, Johnson G. Hábitos orales perniciosos: revisión de literatura. Parte II. Rev. Nac. Odontol. 2013; 9: 91-100.
- 26.- Romero MM. Prevalencia de hábitos deformantes en niños preescolares. Rev Med Esp. 2003; 124(16):640-645.
- 27.- Pinkham JN. Odontología pediátrica. 3 ed. México: McGraw-Hill interamericana; 2004. P 432.
28. Mc Donald RT. Dentistry for the child and adolescent. 8 ed. Michigan: Mosby;2005; 4. p 651.
- 29.- Roberts E T, Kenji W B. Aplicaciones ortodónticas. 4 ed WASHINGTON: Mc Graw-Hill;2002. P 230.
- 30.-Sidney F. odontología pediátrica. Interamericana. 4 ed. México 1973. P.p: 252-62.
- 31.- Anderson GM. Ortopedia práctica. 1era edición Editorial Mundi. Buenos aires argentina 1960. 1-19.
- 32.- Barber T. Odontología pediátrica. Editorial Manuel Moderno. México D.F.. 1985. 267.

- 33.- Barbería E. Odontopediatria Editorial Masson; 2001: 370-371 y 386-387.
- 34.- Braham R. Odontología pediátrica. Editorial panamericana. Argentina.1984.: 421-424.
- 35.- Canut B. ortodoncia clínica y terapéutica. 2da ed. Editorial Salvat México 2001: 134-135,237-238,306-309.
- 36.- Bayardo CR. Los malos hábitos orales en niños. Aspecto epidemiológico primera parte. Revista ADM Enero- Febrero 1995 vol LII No 1:22-26.
- 37.- Cárdenas DJ. Odontología pediátrica. 3era edición. Editorial corporación para investigaciones biológicas. Colombia. 200: 1,10,302-308.
- 38.- Fuentes SR. Corpus anatomía humana general. Vol.I. Editorial Trillas. México 1997: 406-409.
- 39.- Hernández F. Nueva pantalla vestibular, Su influencia en el tratamiento de las desarmonías dentomaxilofaciales. Rev Cubana Ortod 1996;11(1):35-44.
- 40.- Finn SB. Odontopediatria clínica. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1983:370-82.
- 41.- García GV, Ustrell TJ, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av. en Odontoestomatol. 2011; 27(2):75-84.
- 42.- González LG, Pérez GV, De Celis VR, Sánchez RI, Diez RR, Prado F. Valoración de los hábitos orofaciales en niños. Bol. S Vasco-Nav Pediatr. 2009; 61(1):9-15.
- 43.- Gacitúa G, Mora D, Veloso D, Espinoza A. Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares Causada por Malos Hábitos en Niños de 6 a 9 Años. Revista Dental de Chile. 2001; 92 (1): 31-34.
- 44.- Vellini FF. Ortodoncia Diagnostico y Planificación Clínica. Editorial Artes Médicas Latinoamérica, 2000: 257-269,290-294.

- 45.- Walter G, Bradley RB, Daroff GM .Neurología clínica diagnóstico y tratamiento. 1(4):16.
- 46.- Abello TX. Importancia de la terapia miofuncioanal en los tratamientos de ortopedia maxilar.
<http://www.sociedadcolombianadeortopediamaxilar.org./importancia%20de%20la%20terapia%20miof>
- 47.- Urrieta E, López I. Quirós O. Farías M. Rondón S. Lerner H. “Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado en ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007.”
- 48.- Cordero S, Luz MV. Hernández R, Adriana I. Detección y descripción de los problemas de deglución observados en un grupo de pacientes que asistieron al C.R.E.E. de Puebla de marzo de 1998 a marzo de 1999.2005.junio.
- 49.- Planells PN, Martin S. Hábito de interposición lingual en el paciente infantil.
- 50.- Salmon. Ehr melanonychies lonitudinales etc
- 51.- Sapp P. Patología oral y maxillofacial comtemporánea. Edit Harcourt, 1998. España.
- 52.- Scott M. Dermatophagia: “Wolf-biter”.CURTIS, V59,N1. 1997 PP19-20
- 53.- Shetty S, munshi AK. Oral habits in Children-A Prevalence atudy. Jounal Indian of Society Pedodontic. Junio 1998.
- 54.- Borrás SS, Mora D, Veloso D, Espinoza A. Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares Causada por Malos Hábitos en niños de 6 a 9 años. Revista Dental de Chile. 2001; 92 (1): 31-34.
- 55.- Manzanilla ON. Hábitos bucales más comunes que causan caries y maloclusión. Revista ADM estudiantil. Odontología.mx edición electrónica 2012 obtenible en www.odontologos.mx. Consultado 20/02/13

- 56.- Wolff K. Dermatología en medicina general. 7ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009: 792.
- 57.- Lizarbe L. Onicofagia frente a estética dental. Presentación de un nuevo método para el tratamiento de la onicofagia. Gaceta Dental Industria y Profesiones. 2000; 105: 46-52.
- 58.- Salgado SG, Oropeza TR. Onicofagia: estudio de caso de una mujer adulta. Uaricha Revista de Psicología. 2012; 9(20): 70-87.
- 59.- Murrieta PF, Allendelagua BR, Pérez SL, Juárez LA, Linares VC. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009, Bol Med. Hosp. Infantil Mex. 2011; 68(1):26-33.
- 60.- Bishara S. Ortodoncia. 2ª ed. México: Mac Graw-Hill; 2003.
- 61.- Riesison J. Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Brasil: Artes Médicas Latinoamérica; 2002.
- 62.- Ohanian M. Fundamentos y principios de la Ortopedia Dento-Maxilofacial. Colombia: AMOLCA; 2002.
- 63.- Muñoz E. Odontología pediátrica. 2ª ed. Colombia: AMOLCA; 2004.
- 64.- Floyte E. Odontología Infantil e Higiene Odontología. México: UTEHA; 1958.
- 65.- Barragán CP. Frecuencia de hábitos orales perniciosos y tipo de maloclusión de Angle y Dewey Anderson en una población infantil de Iztapalapa 2012-2013.
- 66.- Riesgo CY, Costa MD, Rodríguez FS. Crespo M, Laffita L. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado "30de Noviembre". MEDISAN 2010; 14(1):1-5.
- 67.- Corrales LA, León C, Duque YA, Serrano D, Crespo OG. Tratamiento de hábitos bucales deformantes con técnica de auriloterapia. Revista de Ciencias Médicas de Piner del Río. 2014; 18(6): 1027-1035.

68.- Guzmán GI. Prevalencia de maloclusiones y su relación con hábitos bucales perniciosos en niños de 6 a 12 años. 2002.

69.- Gutiérrez PA. Enciclopedia de los municipios de y Delegaciones de México Estado de México. Chimalhuacán: Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal INFED; 2015.

70.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. México en cifras, Información Nacional, por Entidad Federativa y Municipios. Distrito Federal: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2010.

15. ANEXOS

ANEXO 1 CARTA A LOS DIRECTORES

CIUDAD DE MÉXICO A 19 DE ENERO DE 2016



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



PROFRA. ANA MARÍA PEDRAZA LEAL
DIRECTORA DEL JARDÍN DE NIÑOS “CHALCHITLICUE”

Me dirijo a usted con un afectuoso saludo para solicitarle su autorización para la revisión y evaluación del estado bucal de los alumnos que asisten al jardín de niños “Chalchitlicue”, toda la información que se recopile para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que ningún alumno podrá ser identificado(a).

ATENTAMENTE

MARÍA EUGENIA BRIBIESCA GARCÍA
LETICIA OROZCO CUANALO
Profesores Titulares del Proyecto

PROFRA. ANA MARÍA PEDRAZA LEAL
DIRECTORA

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES DE FAMILIA)

Ciudad de México, a 19 de febrero de 2016.

Estimado/a Padre/Madre de Familia

Por este conducto, solicitamos su autorización para llevar a cabo _____ a su hijo/a, esta acción en base a la prevención para evitar la principal enfermedad bucal como es la caries, mediante el desarrollo del Programa de Salud Bucal, que se lleva a cabo en el Jardín de Niños "Chalchitlicue"; dicha aplicación será durante el mes de febrero y marzo del año en curso, el cual será desarrollado dentro de las instalaciones del Jardín en el horario escolar, sin que ello afecte las actividades académicas, recreativas y culturales que se tengan programadas.

Lo único que se pedirá al niño es que después de una hora de su aplicación no debe ingerir ni alimentos ni bebidas hasta después de pasada una hora.

En caso de que la autorización sea otorgada favor de enviar al niño con su cepillo de dientes; dicha actividad está programada para los días jueves 25 de febrero, 3 y 10 de marzo de 2016.

Agradeciendo la atención que le brinde a la presente, le enviamos un cordial saludo.

PROFRA. ANA MARÍA PEDRAZA LEAL

MARÍA EUGENIA BRIBIESCA GARCÍA

LETICIA OROZCO CUANALO

Directora del Jardín de Niños "Chalchitlicue"

Profesores Titulares del Proyecto

Alumno: _____ Grupo: _____

Sí autorizo _____

NO autorizo _____

Ciudad de México, a 19 de abril de 2016.

Estimado/a Padre/Madre de Familia

Por este conducto, solicitamos su autorización para la **revisión bucal y colocar un barniz protector (Sellador)** en las piezas dentales posteriores (molares) de su hijo, para evitar que el molar recién erupcionado inicie con un proceso de caries y así dar continuidad al programa preventivo que se lleva a cabo en el Jardín de Niños “Chalchitlicue”; dicha aplicación será durante los días martes y jueves de abril y mayo del año en curso, el cual será desarrollado dentro de las instalaciones del Jardín en el horario escolar, sin que ello afecte las actividades académicas, recreativas y culturales que se tengan programadas. **Lo único que se pedirá al niño es que después de su aplicación no debe ingerir ni alimentos ni bebidas hasta después de pasada una hora.**

En caso de que la autorización sea otorgada, favor de enviar al niño con su cepillo de dientes.

Agradeciendo la atención que le brinde a la presente, le enviamos un cordial saludo.

PROFRA. ANA MARÍA PEDRAZA LEAL

MARÍA EUGENIA BRIBIESCA GARCÍA

LETICIA OROZCO CUANALO

Directora del Jardín de Niños “Chalchitlicue”

Profesores Titulares del Proyecto

Alumno: _____ Grupo: _____

SÍ AUTORIZO _____

NO AUTORIZO _____

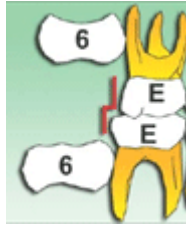
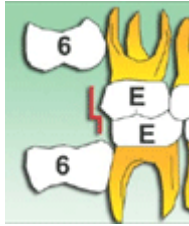
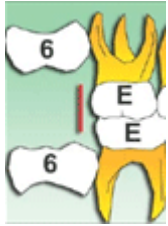
ANEXO 3 FICHA EPIDEMIOLÓGICA

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____ GRUPO _____ FECHA _____ No. _____ ANOTADOR _____

ÍNDICE ceo

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO					CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO					CUADRANTE INFERIOR DERECHO					CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO					TOTAL			TOTAL DE DIENTES
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	75	74	73	72	71	81	82	83	84	85	c	e	o	

PLANO TERMINAL



PLANO RECTO

PLANO MESIAL

PLANO DISTAL

DER _____ IZQ _____

DER _____ IZQ _____

DER _____ IZQ _____

TIPO DE ARCO DE BAUME

ESPACIOS PRIMATES

TIPO I CON ESPACIOS		TIPO II SIN ESPACIOS	
SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR

SUPERIOR		INFERIOR	
DERECHO	IZQUIERDO	SUPERIOR	INFERIOR

FORMA DE ARCADA

TIPO DE PERFIL

TRIANGULAR	CUADRADA	OVALADA

RECTO	CONCAVO	CONVEXO

Proyecto PAPIME 210515

HÁBITOS BUCALES

SUCCIÓN DIGITAL	SI	NO
SUCCIÓN LABIAL	SI	NO
ONICOFAGÍA (MORDER UÑAS)	SI	NO
DEGLUCIÓN ATÍPICA	SI	NO
RESPIRADOR BUCAL	SI	NO
MORDER OBJETOS	SI	NO

Dedos (si presenta callosidades)	SI	NO
Paladar estrecho y profundo	SI	NO
Labio inferior entre los incisivos	SI	NO
Retrusión de los incisivos inferiores	SI	NO
Irritación por debajo del labio inferiores	SI	NO
Uñas cortas y padrastrós en exceso	SI	NO
Proyección lingual al tragar	SI	NO
Incompetencia labial al tragar	SI	NO
Incompetencia labial	SI	NO

Presencia de amígdalas	SI	NO
Cara alargada	SI	NO
Ojeras	SI	NO
Objetos escolares mordidos	SI	NO

TIPO DE OCLUSIÓN

BORDE A BORDE	SI	NO		
MORDIDA PROFUNDA	SI	NO		
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	SI	NO		
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	SI	NO	UNILAT ERAL	BILATE RAL
MORDIDA ABIERTA POSTERIOR	SI	NO	UNILAT ERAL	BILATE RAL
SOBREMORDIDA HORIZONTAL (OVERJET) MAYOR DE 2 MM	SI	NO		
SOBREMORDIDA VERTICAL (OVERBITE) MAYOR DE 2MM	SI	NO		

ANEXO 4 FOTOGRAFÍAS DEL PROCEDIMIENTO



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa