

"ESTUDIO COMPARATIVO DE HABITOS ORALES
EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD EN EL
DISTRITO FEDERAL Y LA CIUDAD DE ORIZABA"

Por

C.D. ADRIAN CASTILLO PLACENCIA

CASTILLO

TESIS

PLACENCIA



ADRIAN

1984

K(1) UNAM



Facultad de Odontología
Div. de Est. de Posgrado e Investigación
Biblioteca "Barnet M. Levy"

TESIS

Presentado como requisito para obtener
el Grado de Maestría en Odontología

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

Octubre de 1984



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.

"ESTUDIO COMPARATIVO DE HABITOS ORALES
EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD EN EL
DISTRITO FEDERAL Y LA CIUDAD DE ORIZABA"

Aprobado por:

C.D.M.O. Javier Hernández Palma
Asesor.

C.D.M.O. Carlos González Lucascewiz
Asesor

C.D. Miguel A. Fernández Villalpando
Asesor

C.D. Ma. Gloria Hirosa López
Asesor

C.D.M.O. Angel Kameta Takisawa
Director de la Tesis.

R E C O N O C I M I E N T O S ,

A MIS QUERIDOS PADRES:

Sr. Abel Castillo Chávez.

Sra. Aurea Placencia de Castillo.

A MI ESPOSA:

C.D. Hilda Ma. Méndez de Castillo

"Porque con su apoyo pude lograr
alcanzar un peldaño más en mi su
peración profesional"

A MI HIJO:

Adrián Castillo Méndez

"Con todo mi cariño"

AL C.D.M.O.

Javier Hernández Palma,

"por su valiosa orientación en la
realización de esta investigación"

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:

C.D. Patricia Díaz Coppe

C.D. Deyssi Ochoa Ambrosio

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION.....	1
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	4
MATERIALES Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	13
DISCUSION.....	55
RESUMEN.....	65
CONCLUSIONES.....	74
BIBLIOGRAFIA.....	76
APENDICE.....	78
CURRICULUM VITAE.....	87

INDICE DE TABLAS

	Pag.	
Tabla I	Total de hábitos orales en ambos sexos del Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver.	23
Tabla II	Total de hábitos orales en el -- Distrito Federal, en ambos sexos.	25
Tabla III :	Total de hábitos orales por sexo en el Distrito Federal	27
Tabla IV	Hábitos orales por sexo en el -- Distrito Federal	29
Tabla V	Total de hábitos orales en la -- Cd. de Orizaba, Ver., en ambos - sexos.	31
Tabla VI	Total de hábitos orales por sexo en la Cd. de Orizaba, Ver.	33
Tabla VII :	Hábitos orales por sexo en la -- Cd. de Orizaba, Ver.	35
Tabla VIII:	Comparación del total de hábitos orales por sexo entre el Distrito Federal y la Cd.de Orizaba,Ver.	37
Tabla IX	Comparación de hábitos orales -- por sexo entre el Distrito Federal y la Cd.de Orizaba, Ver.	39
Tabla X	Total de hábitos orales por edades en el Distrito Federal	42
Tabla XI	Hábitos orales por edades en el Distrito Federal	44
Tabla XII :	Total de hábitos orales por edades en la Cd. de Orizaba, Ver.	46
Tabla XIII:	Hábitos orales por edades en la Cd. de Orizaba, Ver.	48
Tabla XIV :	Comparación del total de hábitos orales por edades entre el Distrito Federal y la Cd.de Orizaba	50

		Pag.
Tabla XV	Comparación de hábitos orales por edades entre el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver.	52

INDICE DE GRAFICAS

	Pag.
Gráfica 1 : Total de hábitos orales en ambos sexos del Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver.	24
Gráfica 2 : Total de hábitos orales en el -- Distrito Federal en ambos sexos.	26
Gráfica 3 : Total de hábitos orales por sexo en el Distrito Federal	28
Gráfica 4 : Hábitos orales por sexo en el -- Distrito Federal	30
Gráfica 5 : Total de hábitos orales en la -- Cd. de Orizaba, Ver. en ambos -- sexos.	32
Gráfica 6 : Total de hábitos orales en la Cd. de Orizaba por sexo.	34
Gráfica 7 : Hábitos orales por sexo en la Cd. de Orizaba, Ver.	36
Gráfica 8 : Comparación del total de hábitos orales por sexo entre el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver.	38
Gráfica 9 y 10. Comparación de hábitos orales por sexo entre el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver.	40 y 41
Gráfica 11 : Total de hábitos orales por edades en el Distrito Federal	43
Gráfica 12 : Hábitos orales por edades en el Distrito Federal	45
Gráfica 13 : Total de hábitos orales por edades en la Cd. de Orizaba, Ver.	47
Gráfica 14 : Hábitos orales por edades en la Cd. de Orizaba, Ver.	49
Gráfica 15 : Comparación del total de hábitos orales por edades, entre el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba	51

Pag.

Gráfica 16 y 17 Comparación de hábitos orales
por edades entre el Distrito-
Federal y la Cd. de Orizaba,-
Ver.

53 y 54

INTRODUCCION.

Es de interés para el Odontólogo el reconocer la frecuencia de los hábitos orales que se presentan en los niños. Siendo éstos la práctica o costumbre adquirida por la repetición de actos en la cavidad bucal, capaces de producir alteraciones en el desarrollo del aparato estomatognático, ya que algunas maloclusiones son ocasionadas por dichos hábitos.

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida. Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad y sentirse necesitado.

Por lo que se considera un hábito normal en los niños pequeños. Durante los 3 primeros años de la vida, la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal y deje el hábito al final del tercer año de vida tomando en cuenta la duración, frecuencia e intensidad del há

bito, no suele hacer mas que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. También puede existir leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores.

Al hábito digital está asociado con frecuencia la actividad anormal del labio y de la lengua. Si la maloclusión en primer lugar es provocada, por ejemplo: por el hábito de dedo, se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa esta deformidad. Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borla de la barba. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal, éste permanece hipotónico sin función y parece ser corto o retraído.

Durante la deglución, la musculatura labial es auxiliada por la lengua. Dependiendo del grado de su formación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución. Winders ha demostrado que en algunas zonas la actividad de-

la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios. -- Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza-restrictiva eficaz y con el labio inferior, ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Este círculo vicioso se repite con cada deglución. (Graber T.M., 1974)

El hábito de respirar por la boca, aunque se encuentra relacionado con la función muscular anormal, por el cual anteriormente era considerado como un factor causal -- primario de la maloclusión dentaria, ahora más bien se considera un factor secundario. (Graber T.M., 1974)

Otros hábitos orales como morder o chupar el lápiz, fueron considerados como culpables de causar un movimiento o posición anormal de los dientes, teniendo mayor repercusión en la oclusión el hábito de lápiz que el de uñas. (Sim Joseph M., 1980)

Se ha podido observar que frecuentemente el niño pasa directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas. Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Larsson E.R., Onnerman A. 1981, en su estudio realizado, longitud de la corona clínica en niños de 9, 11 y 13 años de edad con y sin hábito de dedo, observó que el largo de las coronas, en los niños con hábito de succión fue mayor que en los no succionadores y que la mordida abierta anterior en los succionadores de dedo probablemente no fue causada por la erupción retardada, pero sí por una inhibición del crecimiento vertical de la parte anterior del proceso anterior.

Egermark - Eriksson I, 1982, realizó un estudio estadístico con 402 niños en edades escolares (7, 11, 15 años) en donde observó que una quinta parte de los niños de 7 años y 3% de los de 11 años de edad, eran succionadores de dedo y éstos niños generalmente tenían mordida cruzada y mordida abierta.

Larsson E. 1983; en su investigación realizada observó que la frecuencia de mordidas cruzadas, fueron determinadas en 252 niños con succión prolongada de dedo y 31 niños con falsa succión.

Egermark - Eriksson, Ingervall B; Carlson G.E., - 1983, en su estudio realizado sobre disfunción mandibular en niños con maloclusión morfológica y funcional. Los síntomas

mas subjetivos y disfunción pudieron ser aplicados a una pe queña extensión por las variables, independientes, el des-- gaste dental y hábitos de succión fueron las más importan-- tes.

Anderson, W.S., 1963 afirma que la lengua proyec-- tada hacia adelante, constituye un residuo del hábito de -- chuparse los dedos. En su estudio, 54.2% de los niños con -- hábito de lengua tenían antecedentes de chuparse los dedos. Entre los que solo presentaban el hábito de lengua, solo -- 25% poseían antecedentes de chuparse el pulgar o los demás-- dedos.

Finn Sidney B, 1976, menciona que frecuentemente-- el niño pasa de la etapa de succión del pulgar a la de mor-- derse las uñas y que este no llega a producir maloclusiones puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las-- uñas, son similares a las del proceso de masticación. Tam-- bién hace la observación que el niño al crecer, son otros -- objetos los que substituyen a los dedos, como es el hábito-- de morder lápices, ya que cada edad tiene sus propios tran-- quilizantes.

Graber T.M. 1974, menciona que el hábito de respi-- rar por la boca se encuentra relacionado con la función mus-- cular anormal, el cual anteriormente era considerado un fac-- tor causal primario de la maloclusión dentaria y ahora mas--

bien se considera un factor secundario. Se mencionan otras causas como son la obstrucción nasal, etc.

Winders, R.B. 1959, concluyó en su estudio para establecer y registrar las presiones miométricas de la musculatura peribucal y lingual durante la deglución, que la proyección lingual durante la deglución puede ser la causa, no solamente el resultado, de una maloclusión de mordida -- abierta anterior.

Gellin Milton E. 1978, menciona que para el lactante, el hábito de chupar el dedo es un gesto natural, sin embargo determina que la edad en el que se vuelve antinatural es todavía tema de discusión. Establece que la succión digital ocurre en el 13.6% de los niños de 6 años y va disminuyendo con la edad y llega a 5.9% en niños de 11 años, siendo que el porcentaje de niñas era más alto que el de niños. correspondiendo el 11.7% para las niñas y el 8.3% para los niños.

Bloomer, H.H. 1971, afirma que los efectos sobre el habla de las maloclusiones dentarias pueden ser directos o indirectos: directos, por las dificultades mecánicas que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla; indirectos, debido a la influencia que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

MATERIALES Y METODOS.

SUJETOS: Se utilizaron 2,526 niños en total, de los cuales 1,370 eran niños y 1,146 niñas de 8 a 12 años de edad. Estos niños seleccionados, 1,120 asistían a diferentes Escuelas Primarias del Distrito Federal y 1,396 en la Cd. - de Orizaba, Ver.

ESCENARIO: Se utilizaron los salones de clase de las diferentes Escuelas Primarias que se visitaron, tanto en el Distrito Federal como en la Cd. de Orizaba, Ver., para realizar el estudio.

MATERIAL Y EQUIPO: El material y el equipo utilizado fue el siguiente:

2,516 Hojas de registro
2,516 Abatelenguas
2 Lápices
1 Calculadora
40 Hojas milimétricas
40 Hojas de Albanene
1 Fco. de tinta china
1 Pluma fuente
1 Compaz.

VARIABLES DE HABITOS:

Independiente: Sexo: Masc. y Fem.
 Edad: 8 a 12 años
 Población: Distrito Federal y
 Orizaba.

Dependiente: A) Digital
 B) Uñas
 C) Lingual
 D) Labial
 E) Lápiz
 F) Respirador bucal

CRITERIO DE MEDICION: Se observó el tipo de oclusión dentaria en el segmento anterior para detectar una posible protrusión de los incisivos anteriores superiores. En caso de presentar sus incisivos anteriores superiores vestibularizados o en mordida abierta anterior, se les preguntaba cual dedo se chupaban y como lo hacían, se les pedía a los niños que mostraran los dedos de sus manos para buscar callosidades en ellos, así como ver que dedo estaba más limpio, por otra parte, se observó si existía asimetría de las posiciones incisales de los incisivos centrales y laterales superiores.

Referente a las uñas de sus manos se buscaron características como uñas muy cortas, irregulares y limpias.

También se observó el tamaño y la posición lingual en reposo y durante la deglución, si durante ésta se producía una mueca facial o una contracción excesiva del músculo mentoniano, contracción normal de los músculos temporal y masetero, y la colocación normal de la lengua contra los dientes y el paladar, así como registrar muescas en los bordes de la lengua, provocadas por los dientes o su proyección entre los incisivos tanto superiores e inferiores.

Se registraron las posiciones de los labios en reposo para observar si estaban juntos o separados, así como también la posición de los labios durante la deglución, esto es, para observar si se cerraban formando un sello, o si el labio inferior cierra el sellado presionando por detrás de los dientes, anterosuperiores, se les preguntó si tenían alguna dificultad para respirar por la nariz, o si al despertar lo hacían con sensación de sequedad en la boca se observó si había agrietamiento de la línea gingival o pigmentación excesiva sobre las superficies vestibulares (tercio gingival) de los incisivos centrales y laterales superiores. Así como también se indagó sobre la posible introducción de objetos a la cavidad bucal, como el hábito de chupar o morder el lápiz. De una forma especial se buscaron algunas características anormales de los labios como son: zonas de irritación y agrietamiento, así como hiperactividad del músculo borla de la barba.

REGISTRO: Los niños que presentaban algún hábito oral, fueron anotados en la hoja de control individual, para que posteriormente se registraran porcentajes de dichos hábitos en tablas y gráficas (anexas).

La obtención del registro y el criterio de medición, fueron evaluados primeramente por el experimentador y posteriormente por otro registrador y se compararon, en caso de haber discrepancia se tomaría en cuenta la evaluación de un tercer registrador profesional capacitado y se tomaría en cuenta las dos que concordaran.

PROCEDIMIENTO: Estando en las Escuelas primarias en el Distrito Federal y en la Cd. de Orizaba, Ver., los encuestadores, se dirigieron a los directores de dichas escuelas para exponerles el motivo de la entrevista, la cual era realizar un estudio estadístico comparativo, en las ciudades antes mencionadas, por lo que una vez obtenida la autorización para efectuarlo, se nos proporcionó el número total de educandos, seleccionando los grupos del 3er. al 6° grado, - por ser la edad requerida, (8 a 12 años), para llevar a - - efecto tal estudio. Posteriormente se acudió a los salones de clase para solicitar a los niños su cooperación, explicándoles que solamente queríamos observar la posición de sus dientes, se les explicó también que se les realizarían: primero unas preguntas para llenar las hojas de registro, (las

cuales se anexan) y están formuladas de la siguiente forma: nombre, sexo edad y hábitos (dedo, uñas, lengua, labio, lápiz y respirador bucal).

.

El hábito de dedo, se puede definir como la práctica o costumbre adquirida por el acto repetitivo de colocar el pulgar o de uno o varios dedos a diferentes profundidades en la boca, capaz de producir alteraciones en el desarrollo del aparato estomatognático. Gellin Milton E.

El hábito de uñas es la práctica o costumbre adquirida por el acto repetitivo de morderse las uñas que generalmente no produce alteraciones al aparato estomatognático.

El hábito de lengua, es la práctica o costumbre adquirida por el acto repetitivo de la colocación de la lengua, sobre los dientes superiores durante la deglución, conversación o hasta durante el descanso, cuya acción produce alteraciones en el desarrollo del aparato estomatognático.- Graber T.M.

El hábito labial, es el acto repetitivo de colocar el labio inferior detrás de los incisivos superiores, proyectándose contra las superficies palatinas de éstos, -- por la actividad anormal del músculo borla de la barba; produciéndose de menor a mayor grado de alteraciones a la cavi

dad bucal. Graber T.M.

El hábito de lápiz, es la práctica o costumbre - adquirida por el acto repetitivo de introducirse en la boca un lápiz para morderlo o chuparlo, produciéndose en grado - variable alguna alteración a la cavidad bucal.

El hábito de respiración bucal, es el acto repetitivo conciente o inconciente de respirar por la boca, capaz de producir alteraciones en el desarrollo del aparato - estomatognático.

En segundo lugar se les indicó que permanecieran en su lugar para examinarles la boca con un abatelenguas, - el cual se les mostró, después se les pidió a cada uno de - ellos que sin hacer ningún movimiento en sus dientes los -- mantuvieran juntos para proceder a introducir el abatelen-- gua, de esta manera se obtuvieron los datos que fueron re-- gistrados.

RESULTADOS.

Se revisaron un total de 2,516 niños de 8 a 12 -- años de edad de ambos sexos, tanto del Distrito Federal como de la ciudad de Orizaba, Ver., de los cuales se encontró 193 hábitos orales, que representa el 7.6% de la población total. (ver tabla 1 gráfica 1)

De este total se revisaron en el Distrito Federal 1,120 niños de ambos sexos, encontrándose 114 hábitos orales, que representa el 10.1% (ver tabla 2, gráfica 2).

El total de hábitos por sexo se pudo observar en el sexo masculino una incidencia de 56 casos, que representan el 10% y en el sexo femenino 58 casos, representando el 10.3% (ver tabla 3, gráfica 3).

En cuanto a la frecuencia de los hábitos orales - por sexo en el Distrito Federal, se revisaron a 1,120 niños encontrándose en el sexo masculino: 21 hábitos de dedo que representa el 3.7%; 2 hábitos de uña, que representa el 0.35%; 18 hábitos de lengua, que representa el 3.2%; 13 hábitos de labio, que representa el 2.3%; 2 hábitos de lápiz, que representa el 0.35%; no observándose el hábito de respirador bucal. Con respecto al sexo femenino, se registraron los siguientes hábitos: 14 de dedo, que representa el 2.5% - el de uñas no se observó; 22 de lengua que representa el --

3.9%; 18 de labio que representa el 3.2%; 1 de lápiz que representa el 0.17% y 3 de respirador bucal, que representa el 0.53% (ver tabla 4, gráfica 4)

En lo que respecta a la Ciudad de Orizaba, Ver.,- se revisaron 1,396 niños de 8 a 12 años de edad de ambos -- sexos, de los cuales hubo 79 hábitos orales, por lo que representó un 5.6% de la población (ver tabla 5, gráfica 5).

De los cuales en el sexo masculino se observó un total de 48 hábitos que corresponden el 5.7% y en el sexo -- femenino se registraron 31 hábitos orales, que corresponden al 4.6% (ver tabla 6, gráfica 6).

En lo que respecta al sexo masculino, se observó-- la siguiente frecuencia de hábitos: 25 de dedo, que represen ta el 3%; no se observó el hábito de uñas; 11 de lengua, -- que representa el 1.3%; 10 de labio, que representa el 1.2% 2 de lápiz, que representa el 0.24% y el de respirador bu-- cal no se observó.

En el sexo femenino se registraron los siguientes hábitos: 16 de dedo, que representa el 2.7%; 1 de uñas, que representa el 0.17%; 11 de lengua, que representa el 1.3% - 3 de labio que representa el 0.5%; en lo que respecta al há bito de lápiz y respirador bucal, no se observó (ver tabla- 7, gráfica 7).

Al hacer el estudio comparativo del total de hábitos orales por sexo, entre el Distrito Federal y la Ciudad de Orizaba, Ver., se observó en el sexo masculino una incidencia del -- 10% en el Distrito Federal y 5.7% en la Ciudad de Orizaba, Ver.,

En cuanto al sexo femenino fue del 10.3% en el -- Distrito Federal y 4.6% en la Ciudad de Orizaba, Ver., (ver tabla 8, gráfica 8).

El estudio comparativo de la frecuencia de hábi-- tos orales por sexo, entre el Distrito Federal y la ciudad de Orizaba, Ver., registró los siguientes porcentajes: el - 3.7% de dedo correspondió en el sexo masculino al Distrito Federal y el 3% a la Ciudad de Orizaba, Ver., el 0.35% del hábito de uñas, correspondió al Distrito Federal y el 0% a la Ciudad de Orizaba, Ver., el 3.2% del hábito de lengua, - correspondió al Distrito Federal y el 1.3% a la ciudad de - Orizaba, Ver., el 2.3% del hábito de labio al Distrito Federal y el 1.2% a la ciudad de Orizaba, Ver., el 0.35% del hábito de lápiz al Distrito Federal y el 0.24% a la ciudad de Orizaba, Ver., en lo que respecta al hábito de respirador - bucal no se observó en ambas ciudades.

Por lo que se refiere al sexo femenino, se registrarón el 2.5% de dedo en el Distrito Federal y el 2.7% en la ciudad de Orizaba, Ver., el 0% de uñas en el Distrito --

Federal y el 0.17% en la ciudad de Orizaba, Ver., el 3.9% - de lengua en el Distrito Federal y el 1.3% en la ciudad de Orizaba, Ver., el 3.2% de labio en el Distrito Federal y el 0.5% en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 0.17% de lápiz en el Distrito Federal y el 0% en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 0.53% de respirador bucal en el Distrito Federal y el 0% en la Ciudad de Orizaba, Ver., (ver tabla 9, gráfica 9 y 10)

Los resultados obtenidos del total de hábitos orales, por edades en el Distrito Federal, fueron los siguientes: a los 8 años se registraron 35 hábitos que corresponden el 12.1%; a los 9 años se registraron 29 hábitos, que representa el 10.1%; a los 10 años se registraron 27 hábitos que representan el 13.5%; a los 11 años se registraron 17 hábitos, que representan el 8.7%; y a los 12 años fueron 6 hábitos, que representan el 3.5% (ver tabla 10, gráfica 11)

La frecuencia observada de hábitos orales por edades en el Distrito Federal fue la siguiente:

De 286 niños de 8 años de edad, se registraron: - 11 hábitos de dedo, que representa el 3.8%, no se observaron hábitos de uña; 15 hábitos de lengua, que representa el 5.2%; 7 hábitos de labio, que representa el 2.4%; 2 hábitos de lápiz que representa el 0.7% y el hábito de respirador bucal, no se observó.

De 280 niños de 9 años de edad, se registraron: - 12 hábitos de dedo que representa el 4.2%; 2 hábitos de uña, que representa el 0.7%; 6 hábitos de lengua, que representa el 2.1%; 8 hábitos de labio, que representa el 2.8%; no se observó hábito de lápiz; 1 hábito de respirador bucal, que representa el 0.35%.

De 197 niños de 10 años de edad, se registraron:- 8 hábitos de dedo, que representa el 4%; no se observó hábito de uñas; 11 hábitos de lengua, que representa el 5.5% 8 hábitos de labio que representa el 4%; no se observó los hábitos de lápiz y de respirador bucal.

De 190 niños de 11 años de edad, se registraron:- 2 hábitos de dedo, que representa el 1.2%; no se observó el hábito de uñas, 6 hábitos de lengua, que representa el 3.1% 7 hábitos de labio, que representa el 3.6%, no se observó el hábito de lápiz; 2 hábitos de respirador bucal, que representa el 1%.

Y de 167 niños de 12 años de edad, se registraron 2 hábitos de dedo, que representa el 1.2%; no se observó el hábito de uñas; 2 hábitos de lengua, que representa el 1.2% 1 hábito de labio, que representa el 0.59% por último no se observó el hábito de respirador bucal (ver tabla 11 gráfica 12).

Los resultados obtenidos del total de hábitos orales por edades en la ciudad de Orizaba, Ver., fueron los siguientes: a los 8 años se registraron 12 hábitos, que representa el 6%; a los 9 años se registraron 12 hábitos, que representan el 4.5%; a los 10 años se registraron 14 hábitos, que representan el 4.5%; a los 11 años se registraron 23 hábitos, que representan el 7% y a los 12 años se registraron 17 hábitos que representan el 5.6% (ver tabla 12, gráfica - 13)

La frecuencia observada de hábitos orales por edades en la ciudad de Orizaba, Ver., fue la siguiente:

De 200 niños de 8 años de edad, se registraron: - 6 hábitos de dedo, que representa el 3%, no se observó hábito de uñas; 4 hábitos de lengua, que representa el 2%; 2 hábitos de labio, que representa el 1%; no se observó el hábito de lápiz y de respirador bucal.

De 261 niños de 9 años de edad, se registraron: .7 hábitos de dedo, que representa el 2.6% no se observó el hábito de uñas, 5 hábitos de lengua, que corresponde al 1.9%- 1 hábito de labio, que representa el 0.3%; no se observó -- los hábitos de lápiz y respirador bucal.

De 307 niños de 10 años de edad, se registraron:- 8 hábitos de dedo, que representa el 2.6%; 1 hábito de uñas que representa el 0.3%; 3 hábitos de lengua, que representa

el 0.9%; 2 hábitos de labio, que representa el 0.6%; no se observó los hábitos de lápiz y de respirador bucal.

De 327 niños de 11 años de edad, se registraron:-
12 hábitos de dedo, que representa el 3.6%, no se observó el hábito de uñas; 5 hábitos de lengua, que representa el 1.5%; 4 hábitos de labio, que representa el 1.2%; 2 hábitos de lápiz que representa el 0.6%; no se observó hábito de respirador bucal.

De 301 niños de 12 años de edad, se registraron:-
8 hábitos de dedo, que representa el 2.6%; no se observó el hábito de uñas; 5 hábitos de lengua, que representa el 1.6%; 4 hábitos de labio que representa el 1.3% no se observó los hábitos de lápiz y de respirador bucal (ver tabla 13, gráfica 14).

Los resultados obtenidos de la comparación del total de hábitos orales por edades entre el Distrito Federal y la Ciudad de Orizaba, Ver., fueron los siguientes: a los 8 años de edad, la incidencia en el Distrito Federal fue de 12.1% y en la ciudad de Orizaba, Ver., el 6%; a los 9 años de edad, la incidencia fue de 10.1% en el Distrito Federal y de 4.5% en la ciudad de Orizaba, Ver., a los 10 años, la incidencia en el Distrito Federal fue de 13.5% y de 4.5% en la ciudad de Orizaba, Ver., a los 11 años la incidencia en el Distrito Federal fue de 8.7% y de 7% en la ciudad de Ori

zaba, Ver., y a los 12 años la incidencia en el Distrito Federal fue de 3.5% y de 5.6% en la ciudad de Orizaba, Ver., - (ver tabla 14, gráfica 15).

El porcentaje observado en la comparación de hábitos orales por edades entre el Distrito Federal y la Ciudad de Orizaba, Ver., fue el siguiente: a los 8 años de edad, - se registró el 3.8% de hábito de dedo, en el Distrito Federal y el 3% en la ciudad de Orizaba, Ver., en cuanto al hábito de uñas no se observó tanto en el Distrito Federal como en Orizaba, Ver., en el hábito de lengua se registraron el 5.2% en el Distrito Federal y el 2% en la Ciudad de Orizaba, Ver., en el hábito de labio fue de 2.4% en el Distrito Federal y 1% en la ciudad de Orizaba, Ver.,; en el hábito de lápiz se registró el 0.7% en el Distrito Federal y el 0% en la Ciudad de Orizaba, Ver., en lo que respecta al hábito de respirador bucal, no se observó.

El porcentaje registrado de hábitos orales a los 9 años, fue el siguiente: el 4.2% de hábito de dedo en el Distrito Federal y el 2.6% en la Ciudad de Orizaba, Ver., - el 0.7% de hábito de uñas en el Distrito Federal y el 0% en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 2.1% de hábito de lengua, en el Distrito Federal y el 1.9% en la Ciudad de Orizaba, Ver. el 2.8% de hábito de labio en el Distrito Federal y el 0.3% en la Ciudad de Orizaba, Ver.; en lo que respecta al hábito de lápiz no se observó en el Distrito Federal y la Ciudad -

de Orizaba, Ver., el 0.3% de hábito de respirador bucal en el Distrito Federal y el 0% en la Ciudad de Orizaba, Ver.

El porcentaje registrado de hábitos orales a los 10 años, fue el siguiente: el 4% de hábito de dedo en el Distrito Federal y el 2.6% en la ciudad de Orizaba, Ver., el 0% de hábito de uñas en el Distrito Federal y el 0.3% en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 5.5% de hábitos de lengua en el Distrito Federal y el 0.9% en la Ciudad de Orizaba, Ver. e. 4% de hábito de labio en el Distrito Federal y el 0.6% en la Ciudad de Orizaba, Ver., no se observaron los hábitos de lápiz y respirador bucal, tanto en el Distrito Federal como en la Ciudad de Orizaba, Ver.

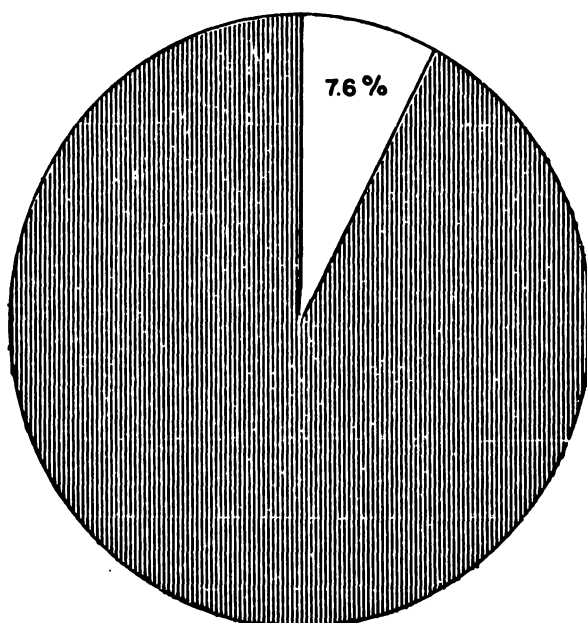
El porcentaje registrado de hábitos orales a los 11 años fue el siguiente: el 1% de hábito de dedo en el Distrito Federal y el 3.6% en la Ciudad de Orizaba, no se observó el hábito de uñas en el Distrito Federal como en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 3.1% de hábito de lengua en el Distrito Federal y el 1.5% en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 3.6% de hábitos de labio en el Distrito Federal y el 1.2% en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 0% de hábito de lápiz en el Distrito Federal y el 0.6% en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 1% del hábito de respirador bucal en el Distrito Federal y el 0% en la Ciudad de Orizaba, Ver.

Por último, el porcentaje registrado a los 12 - - años fue el siguiente: el 1.2% del hábito de dedo en el Distrito Federal y el 2.6% en la Ciudad de Orizaba, Ver., no se observó el hábito de uñas tanto en el Distrito Federal, - como en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 1.2% de hábito de lengua en el Distrito Federal y el 1.6% en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 0.59% del hábito de labio en el Distrito Federal y el 1.3% en la Ciudad de Orizaba, Ver., el 0.59% del - hábito de lápiz en el Distrito Federal y el 0% en la Ciudad de Orizaba, Ver., en lo que respecta al hábito de respirador bucal no se observó en ambas ciudades (ver tabla 15, gráfica 16 y 17).

**TABLA I: TOTAL DE HABITOS ORALES EN AMBOS SEXOS DEL
DISTRITO FEDERAL Y LA Cd. DE ORIZABA**

POBLACION	2516	100 %
HABITOS	193	7.6 %

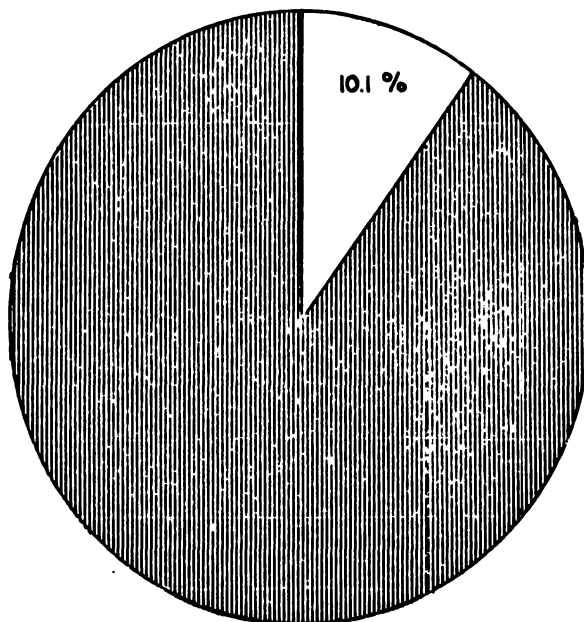
**GRAFICA I: TOTAL DE HABITOS ORALES EN AMBOS SEXOS
DEL D. F. Y LA Cd. de ORIZABA**



**TABLA 2: TOTAL DE HABITOS ORALES EN EL DISTRITO FEDERAL
EN AMBOS SEXOS**

POBLACION D. F.	1120	100 %
HABITOS	114	10.1 %

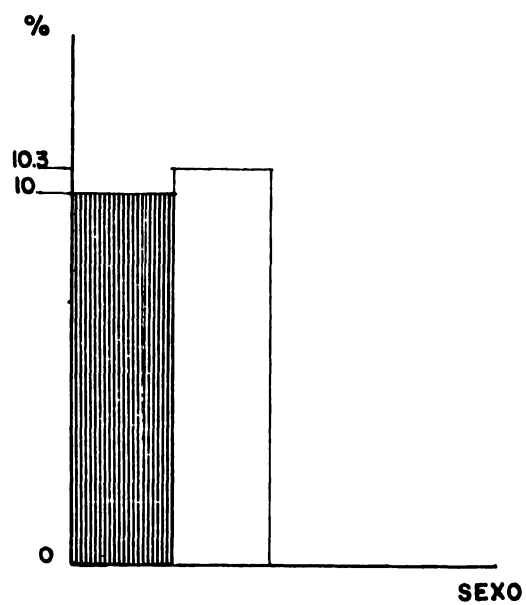
**GRAFICA 2: TOTAL DE HABITOS ORALES EN EL D.F.,
EN AMBOS SEXOS**



**TABLA 3: TOTAL DE HABITOS ORALES POR SEXO EN EL
DISTRITO FEDERAL**

HABITOS SEXO	TOTAL	% TOTAL
MASCULINO	56	10
FEMENINO	58	10.3

**GRAFICA 3: TOTAL DE HABITOS ORALES POR SEXO
EN EL DISTRITO FEDERAL**




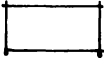
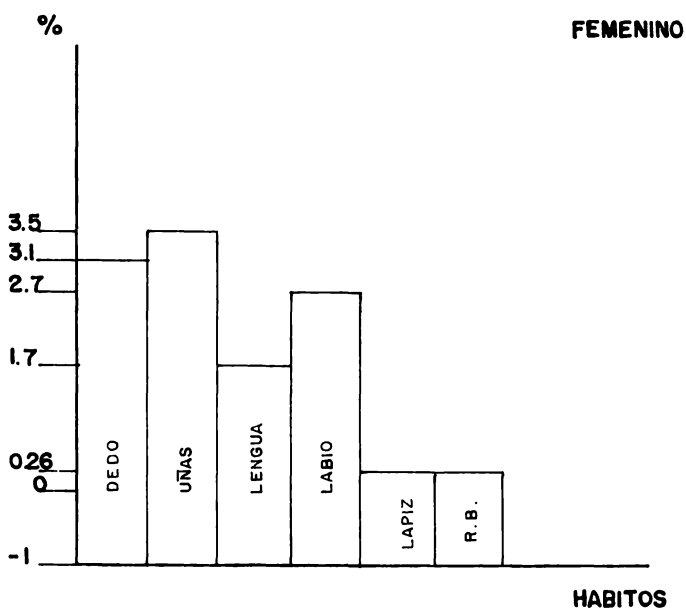
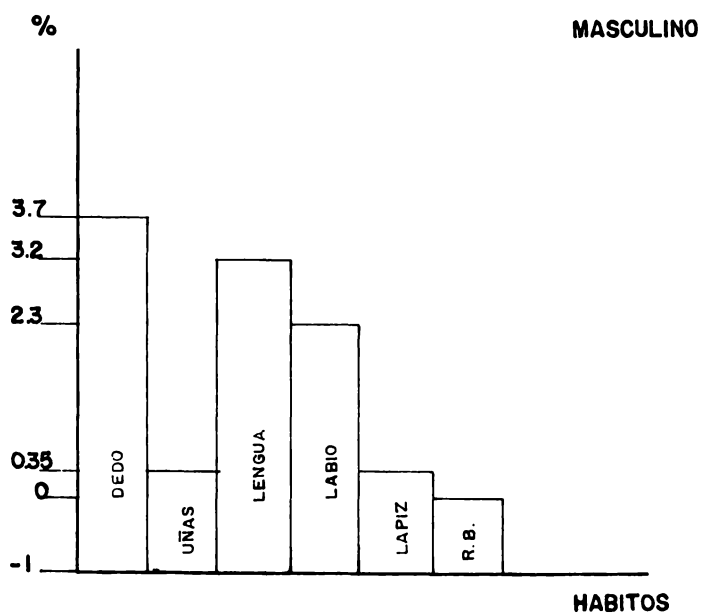
 MASCULINO
 FEMENINO

TABLA 4: HABITOS ORALES POR SEXO EN EL DISTRITO FEDERAL

SEXO \ HABITO	DEDO		UÑAS		LENGUA		LABIO		LAPIZ		RESPIRADOR BUCAL		TOTAL	%
		%		%		%		%		%		%	HABITOS	TOTAL
MASCULINO	21	3.7	2	0.35	18	3.2	13	2.3	2	0.35	0	0	56	10
FEMENINO	14	2.5	0	0	22	3.9	18	3.2	1	0.17	3	0.53	58	10.3
TOTALES	35	3.1	2	0.17	40	3.5	31	2.7	3	0.26	3	0.26	114	10.1

GRAFICA 4: HABITOS ORALES POR SEXO EN EL DISTRITO FEDERAL



**TABLA 5: TOTAL DE HABITOS ORALES EN LA CIUDAD DE ORIZABA
EN AMBOS SEXOS**

POBLACION ORIZABA	1396	100 %
HABITOS	79	5.6 %

GRAFICA 5: TOTAL DE HABITOS ORALES EN LA CIUDAD DE ORIZABA, EN AMBOS SEXOS

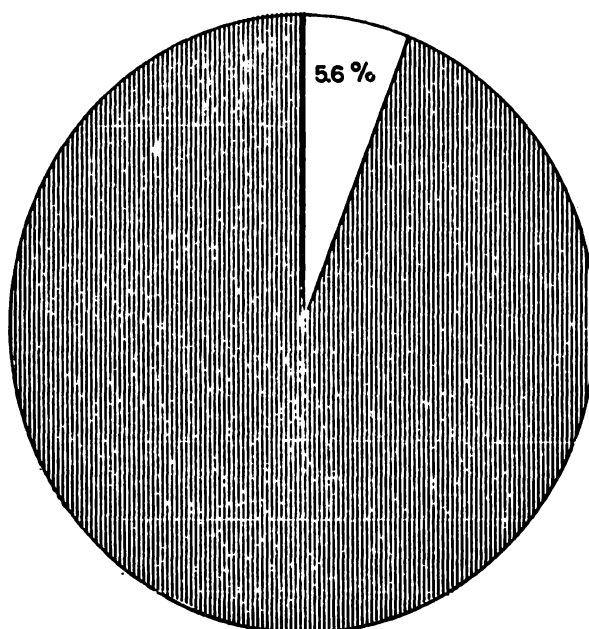


TABLA 6: TOTAL DE HABITOS ORALES POR SEXO EN LA CIUDAD DE ORIZABA

HABITOS SEXO	TOTAL	% TOTAL
MASCULINO	48	5.7
FEMENINO	31	4.6

GRAFICA 6: TOTAL DE HABITOS ORALES POR SEXO EN LA CIUDAD DE ORIZABA

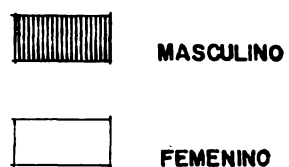
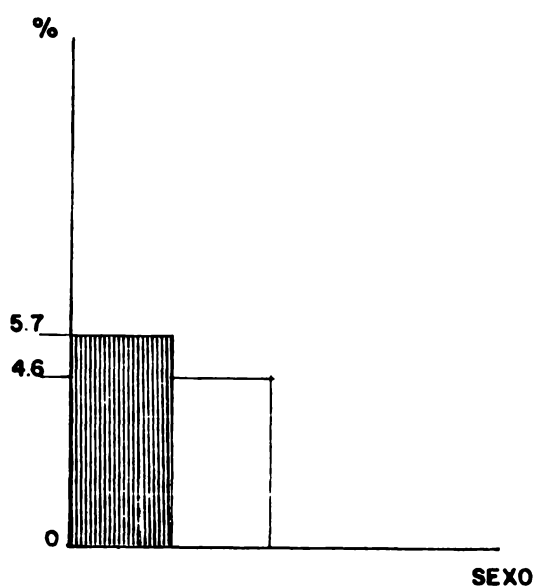
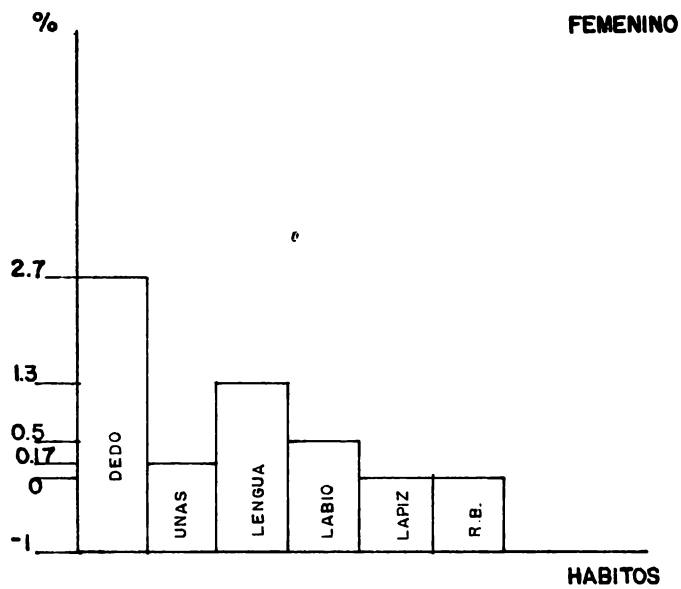
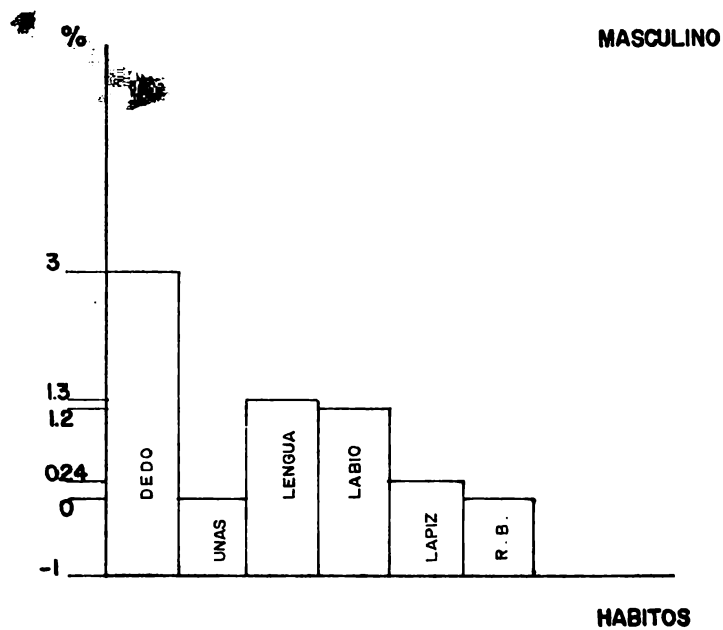


TABLA 7: HABITOS ORALES POR SEXO EN LA CIUDAD DE ORIZABA

SEXO \ HABITO	DEDO		UÑAS		LENGUA		LABIO		LAPIZ		RESPIRADOR BUCAL		TOTAL HABITOS	%/o TOTAL
		%		%		%		%		%		%		
MASCULINO	25	3	0	0	11	1.3	10	1.2	2	0.24	0	0	48	5.7
FEMENINO	16	2.7	1	0.17	11	1.3	3	0.5	0	0	0	0	31	4.6
TOTALES	41	2.9	1	0.07	22	1.5	13	0.9	2	0.14	0	0	79	5.6

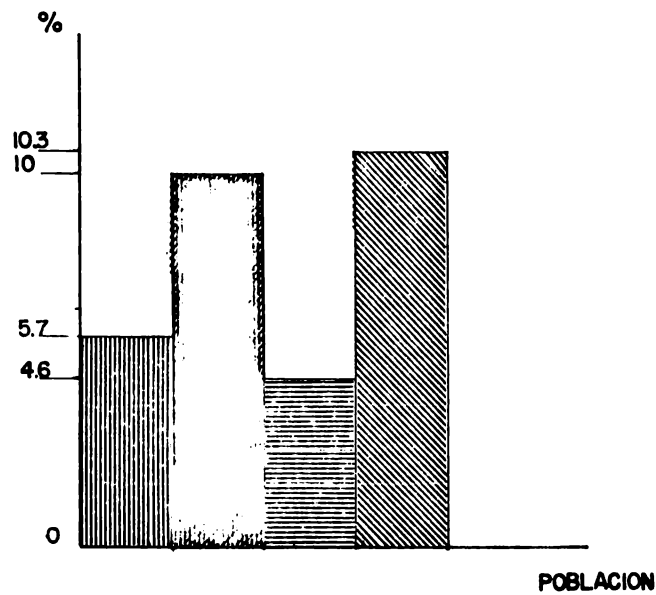
GRAFICA 7: HABITOS ORALES POR SEXO EN LA CIUDAD DE ORIZABA



**TABLA 8: COMPARACION DEL TOTAL DE HABITOS ORALES POR SEXO ENTRE
DISTRITO FEDERAL Y Cd. DE ORIZABA**

POBLACION SEXO	% ORIZABA	% D. F.
MASCULINO	5.7	10
FEMENINO	4.6	10.3

**GRAFICA 8: COMPARACION DE TOTAL DE HABITOS ORALES
POR SEXO ENTRE EL DISTRITO FEDERAL Y LA
CIUDAD DE ORIZABA**



 D. F. ♂

 Orizaba ♂

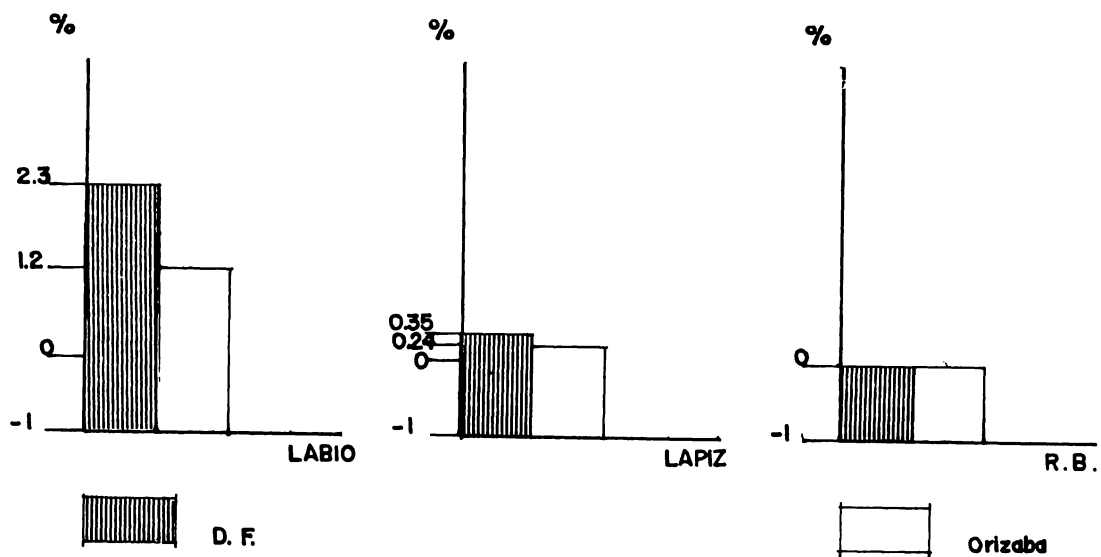
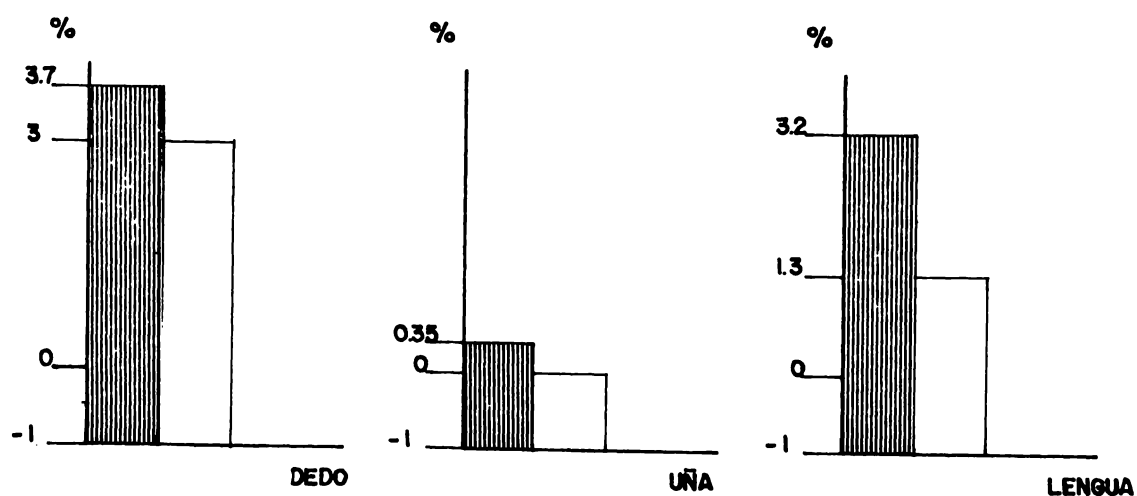
 D. F. ♀

 Orizaba ♀

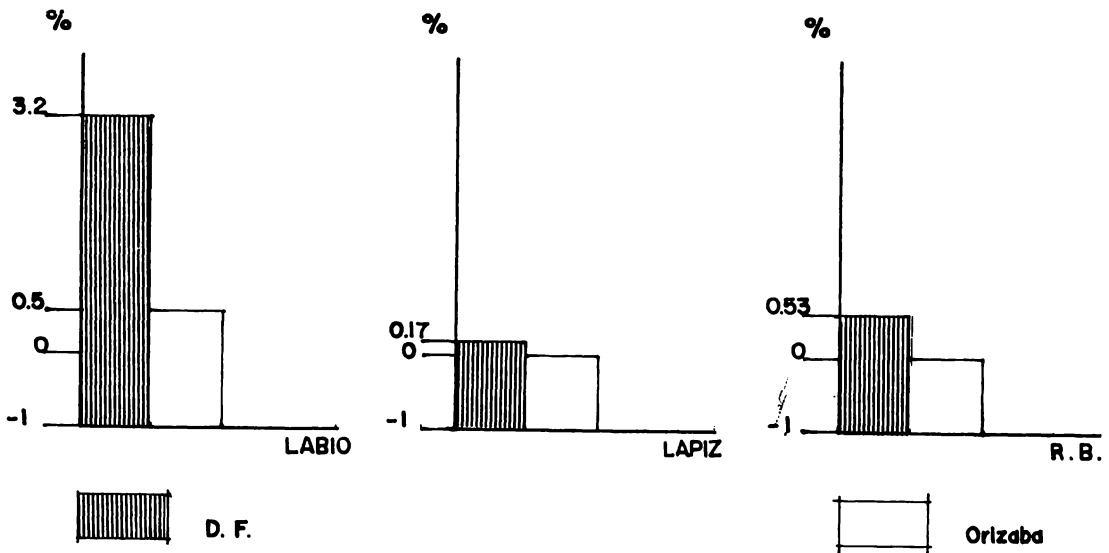
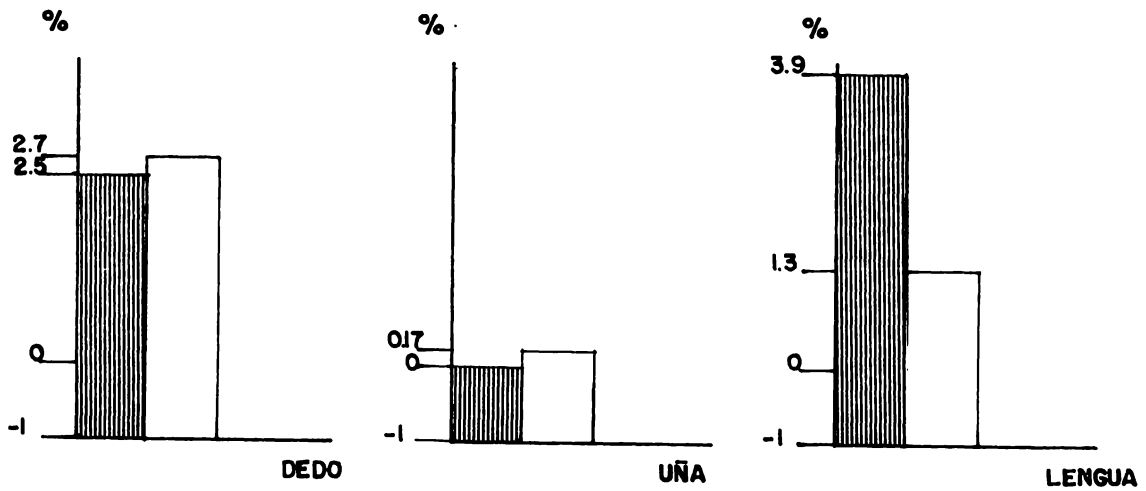
**TABLA 9: COMPARACION DE HABITOS ORALES POR SEXO ENTRE EL
DISTRITO FEDERAL Y LA Cd. DE ORIZABA**

TIPO	DEDO %		UÑA %		LENGUA %		LABIO %		LAPIZ %		RESPIRADOR BUCAL %		% TOTAL	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Localidad														
D. F.	3.7	2.5	0.35	0	3.2	3.9	2.3	3.2	0.35	0.17	0	0.53	10	10.3
ORIZABA	3	2.7	0	0.17	1.3	1.3	1.2	0.5	0.24	0	0	0	5.7	4.6

**GRAFICA 9: COMPARACION DE HABITOS ORALES POR SEXO
ENTRE EL D. F. Y LA Cd. DE ORIZABA
(MASCULINO)**



**GRAFICA IO: COMPARACION DE HABITOS ORALES POR SEXO
ENTRE EL D. F. Y LA Cd. DE ORIZABA
(FEMENINO)**



**TABELA 10: TOTAL DE HABITOS ORALES POR EDADES EN EL
DISTRITO FEDERAL**

HABITOS EDAD	TOTAL	% TOTAL
8	35	12.1
9	29	10.1
10	27	13.5
11	17	8.7
12	6	3.5

**GRAFICA II: TOTAL DE HABITOS ORALES POR EDADES EN EL
DISTRITO FEDERAL**

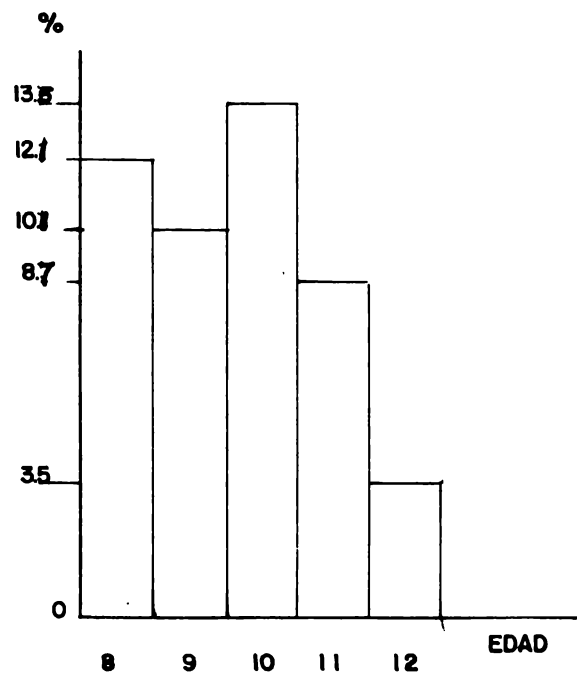


TABLA II: HABITOS ORALES POR EDADES EN EL DISTRITO FEDERAL

HABITOS		DEDO		UÑAS		LENGUA		LABIO		LAPIZ		RESPIRADOR BUCAL		TOTALES	
EDAD	TOTAL		%		%		%		%		%		%		%
8	286	11	3.8	0	0	15	5.2	7	2.4	2	0.7	0	0	35	12.1
9	280	12	4.2	2	0.7	6	2.1	8	2.8	0	0	1	0.35	29	10.1
10	197	8	4	0	0	11	5.5	8	4	0	0	0	0	27	13.5
11	190	2	1	0	0	6	3.1	7	3.6	0	0	2	1	17	8.7
12	167	2	1.2	0	0	2	1.2	1	0.59	1	0.59	0	0	6	3.5
Totales	1120	35	3.1	2	0.17	40	3.5	31	2.7	3	0.26	3	0.26	114	10.1

GRAFICA 12: HABITOS ORALES POR EDADES EN EL DISTRITO FEDERAL

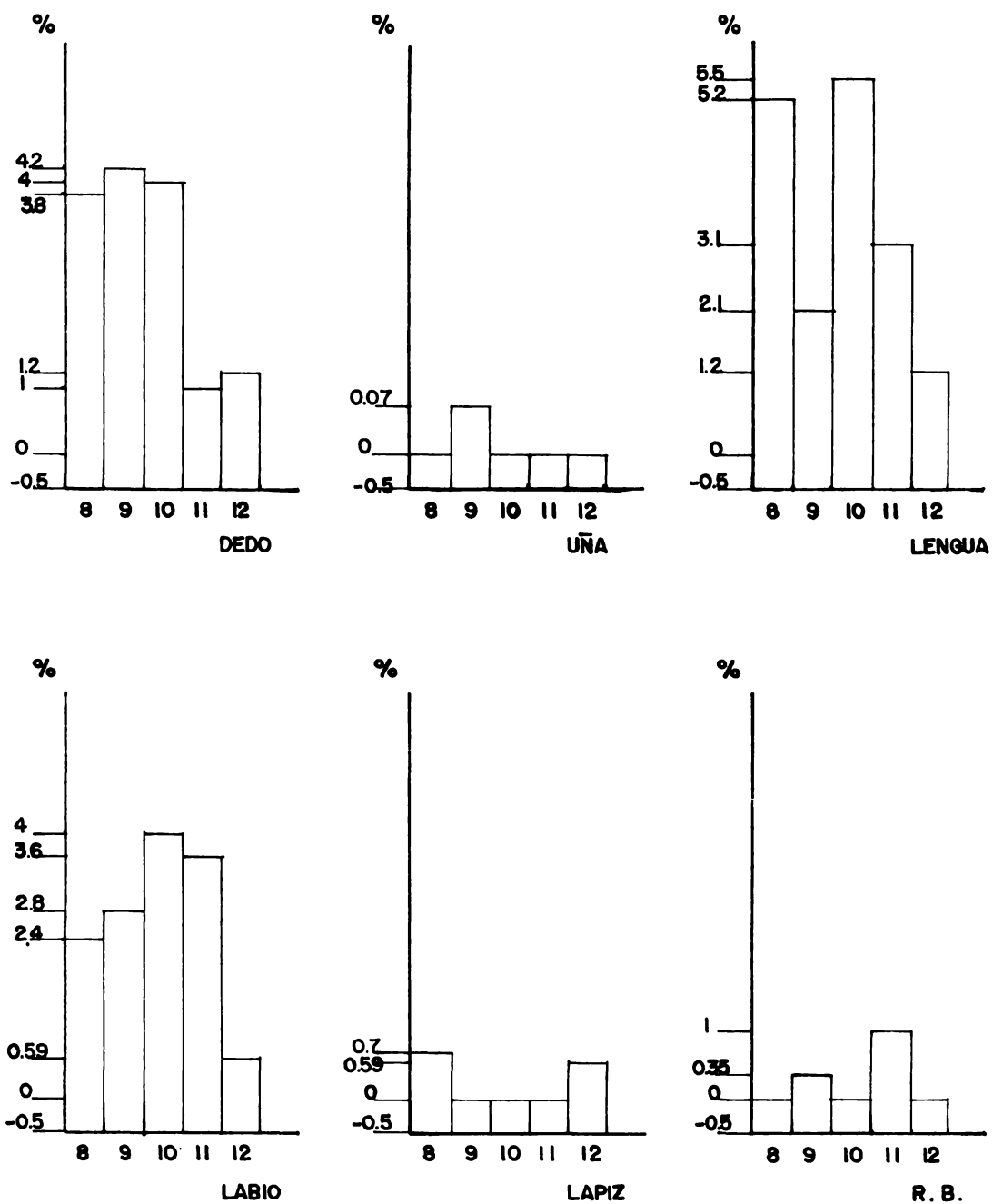


TABLA 12: TOTAL DE HABITOS ORALES POR EDADES EN LA CIUDAD DE ORIZABA

HABITOS	TOTAL	% TOTAL
8	12	6
9	12	4.5
10	14	4.5
11	23	7
12	17	5.6

GRAFICA 13: TOTAL DE HABITOS ORALES POR EDADES EN LA CIUDAD DE ORIZABA

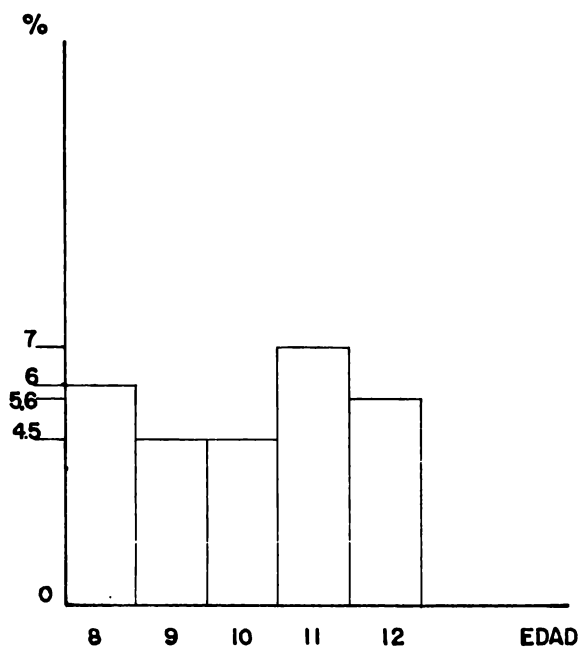
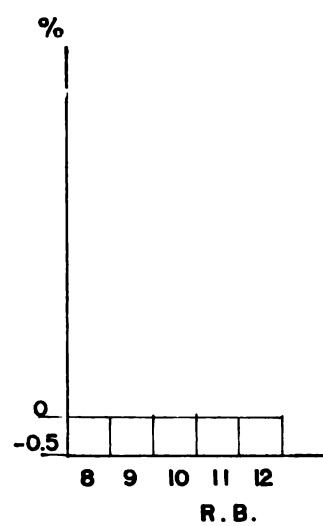
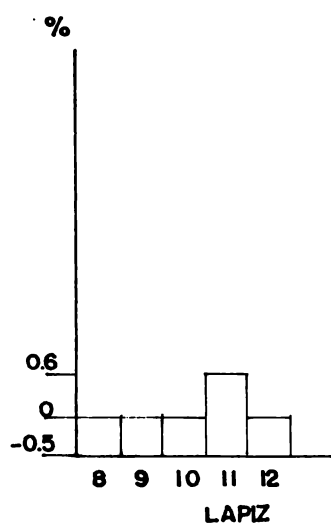
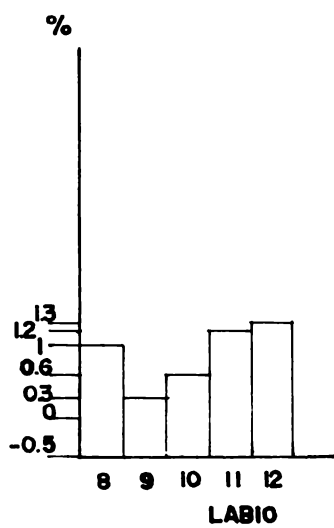
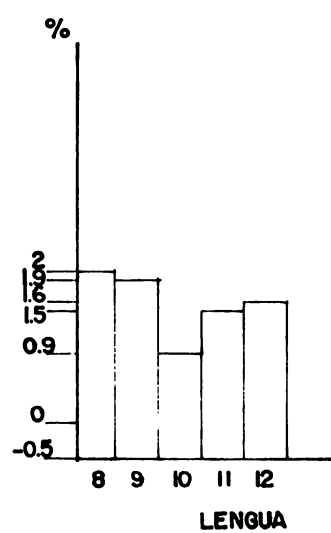
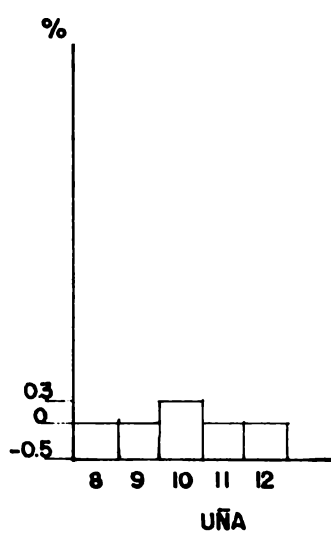
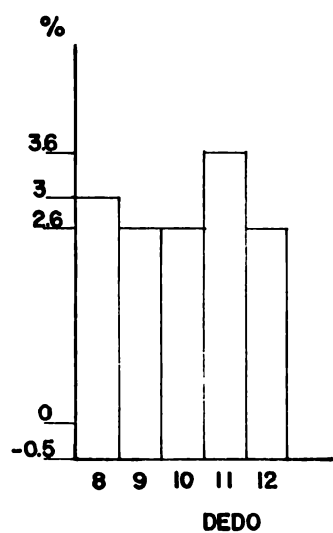


TABLA 13: HABITOS ORALES POR EDADES EN LA CIUDAD DE ORIZABA

HABITOS		DEDO		UÑAS		LENGUA		LABIO		LAPIZ		RESPIRADOR BUCAL		TOTALES	
EDAD	TOTAL		%		%		%		%		%		%		%
8	200	6	3	0	0	4	2	2	1	0	0	0	0	12	6
9	261	7	2.6	0	0	5	1.9	1	0.3	0	0	0	0	12	4.5
10	307	8	2.6	1	0.3	3	0.9	2	0.6	0	0	0	0	14	4.5
11	327	12	3.6	0	0	5	1.5	4	1.2	2	0.6	0	0	23	7
12	301	8	2.6	0	0	5	1.6	4	1.3	0	0	0	0	17	5.6
Totales	1396	41	2.9	1	0.07	22	1.5	13	0.9	2	0.1	0	0	79	5.6

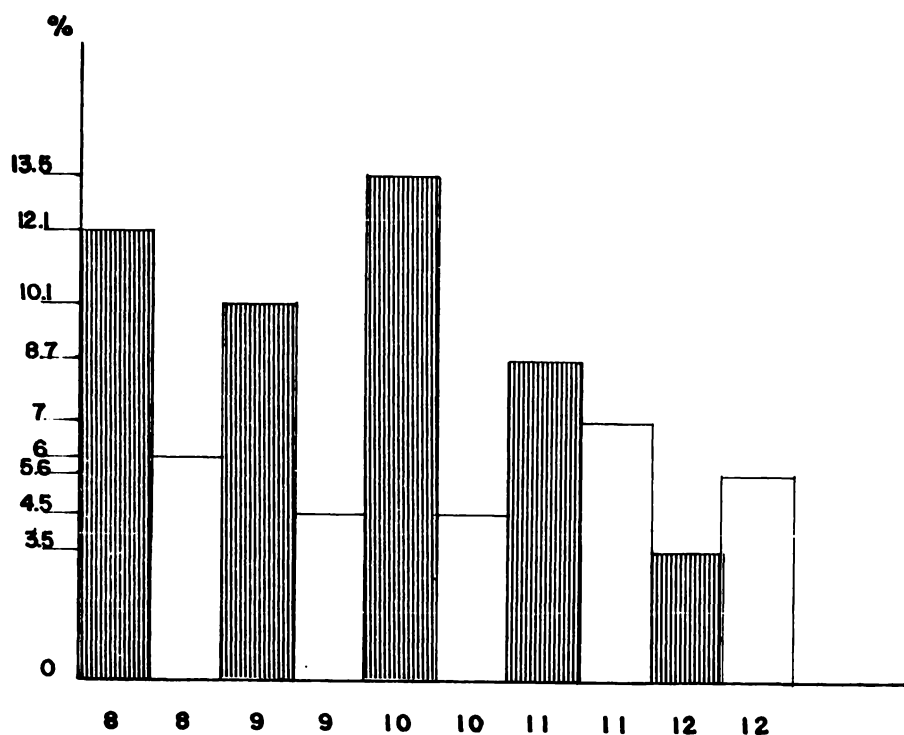
**GRAFICA 14: HABITOS ORALES POR EDADES EN LA
CIUDAD DE ORIZABA**



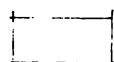
**TABLA 14: COMPARACION DE TOTAL DE HABITOS ORALES POR EDADES
ENTRE EL DISTRITO FEDERAL Y LA Cd. de ORIZABA**

EDAD \ Poblacion	D. F.	ORIZABA
8	12.1	6
9	10.1	4.5
10	13.5	4.5
11	8.7	7
12	3.5	5.6

**GRAFICA 15: COMPARACION DEL TOTAL DE HABITOS ORALES
POR EDADES ENTRE EL DISTRITO FEDERAL Y
LA CIUDAD DE ORIZABA**



D. F.

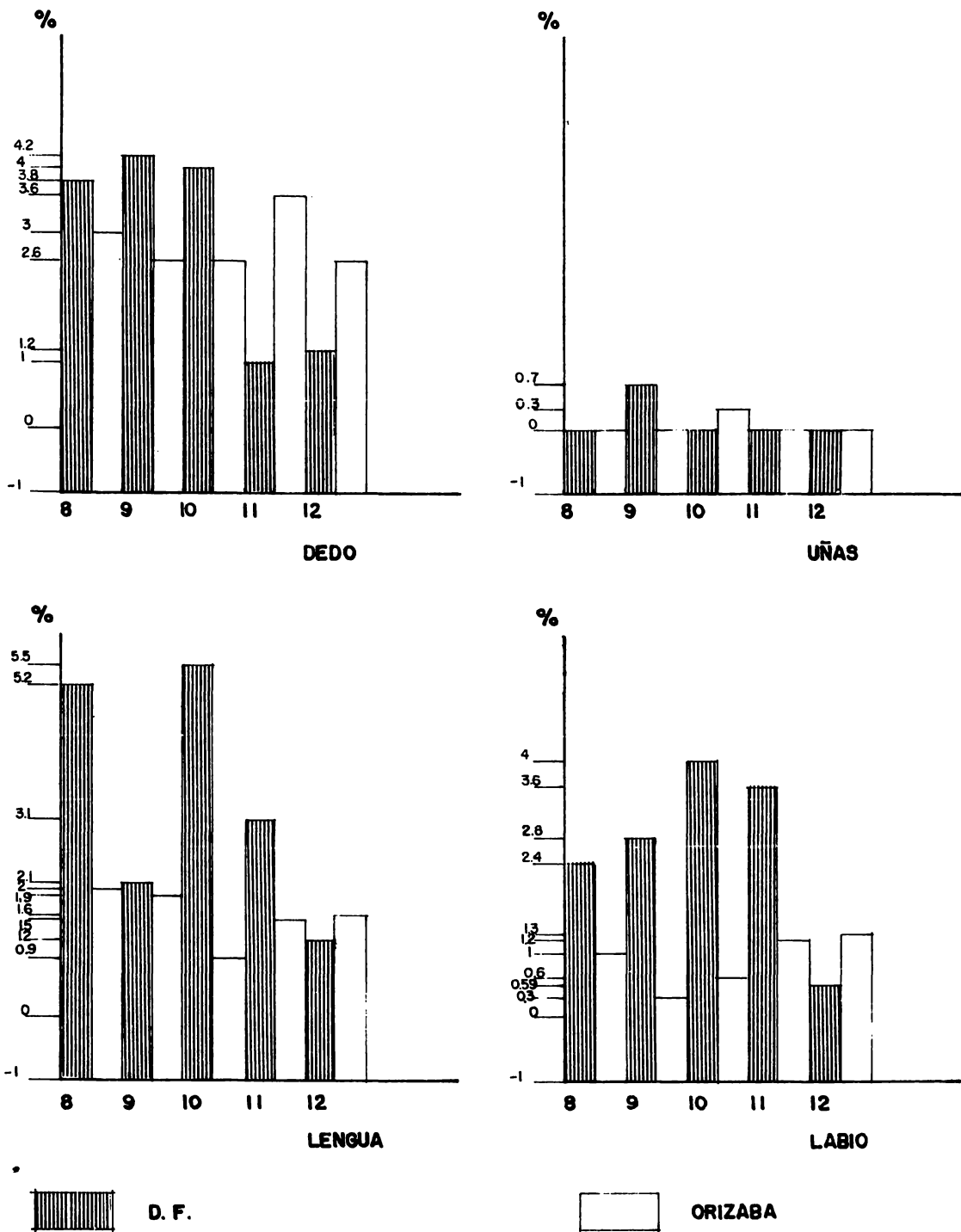


ORIZABA

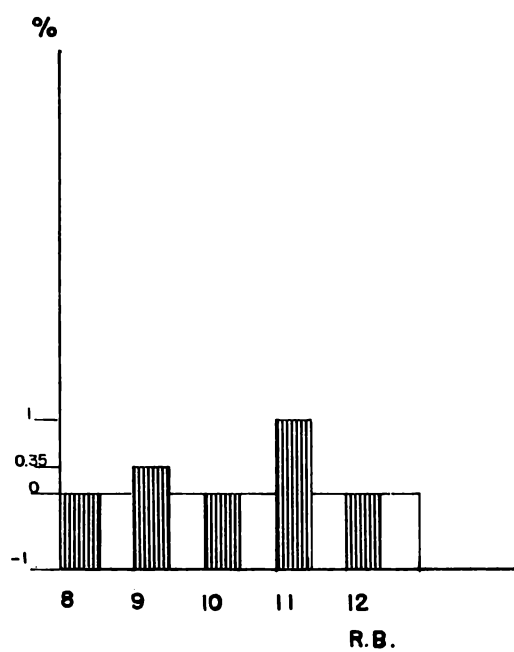
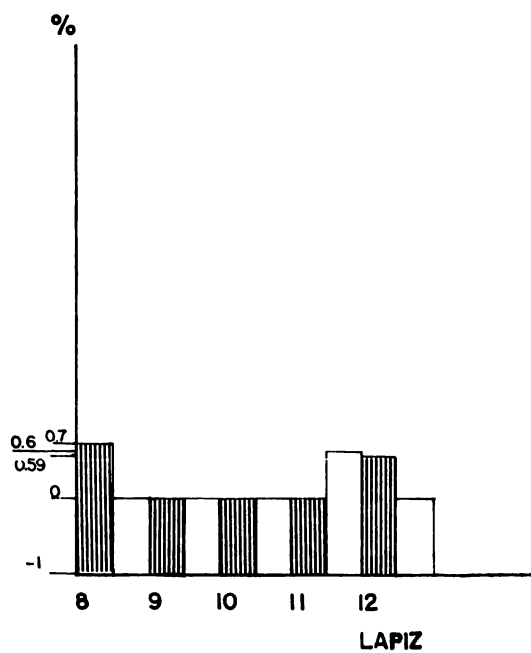
**TABLA 15: COMPARACION DE HABITOS ORALES POR EDADES ENTRE EL
DISTRITO FEDERAL Y LA Cd. de ORIZABA**

TIPO Localidad Edad	DEDO %		UÑAS %		LENGUA %		LABIO %		LAPIZ %		RESPIRADOR BUCAL %		% TOTAL	
	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA
8	3.8	3	0	0	5.2	2	2.4	1	0.7	0	0	0	12.1	6
9	4.2	2.6	0.7	0	2.1	1.9	2.8	0.3	0	0	0.35	0	10.1	4.5
10	4	2.6	0	0.3	5.5	0.9	4	0.6	0	0	0	0	13.5	4.5
11	1	3.6	0	0	3.1	1.5	3.6	1.2	0	0.6	1	0	8.7	7
12	1.2	2.6	0	0	1.2	1.6	0.59	1.3	0.59	0	0	0	3.5	5.6
Totales	3.1	2.9	0.17	0.07	3.5	1.5	2.7	0.9	0.26	0.1	0.26	0	10.1	5.6

**GRAFICA 16: COMPARACION DE HABITOS ORALES POR EDADES
ENTRE EL D. F. Y LA Cd. DE ORIZABA**



**GRAFICA 17: COMPARACION DE HABITOS ORALES POR EDADES
ENTRE EL D. F. Y LA Cd. DE ORIZABA**



D. F.



ORIZABA

DISCUSION

Al analizar los resultados obtenidos del estudio-comparativo de los hábitos orales, se pudo observar que de 1,120 niños de 8 a 12 años de edad, de ambos sexos en el Distrito Federal, hubo 114 casos de hábitos que correspondió al 10% de la población y en la Cd. de Orizaba, Ver., de 1,396 niños de 8 a 12 años de edad de ambos sexos, se registraron 79 hábitos, que correspondió al 5.6% de la población total. Por lo que se puede observar que en el Distrito Federal, la incidencia mayor es de 35 hábitos orales, que corresponde al 4.6%; esto quizá sea debido a una mayor tensión de vida en el Distrito Federal, así como también al nivel sociocultural y tipo de alimentación, ya que está comprobado que las tensiones emocionales originan desajustes en la conducta del niño, el cual tal vez busque una actividad compensadora en los hábitos orales.

Se ha estudiado también la importancia que tiene la lactancia materna, ya que los niños amamantados con leche materna, aparte del valor nutritivo e inmunológico, satisfacen sus necesidades emotivas, por lo que favorece la disminución de hábitos orales. Ante todo lo antes mencionado podemos ver cada día la menor frecuencia de madres que amamantan a sus hijos.

Por lo que respecta al total de hábitos orales -- por sexo en el Distrito Federal, se puede observar que en el sexo masculino hubo 56 hábitos que corresponden al 10% y en el sexo femenino 58, que corresponden al 10.3%, siendo la incidencia de 0.3% mayor en el sexo femenino. En realidad la incidencia de hábitos en ambos sexos no es notable.

En tanto que en la Cd. de Orizaba, Ver., en el -- sexo masculino se presentaron 48 hábitos que corresponden al 5.7% y en el sexo femenino 31 hábitos que corresponden al 4.6%, siendo aquí la incidencia de 1.1% mayor en el -- sexo masculino, lo cual es mas notable la diferencia en ambos sexos en la Cd. de Orizaba, Ver.

Comparando el sexo masculino del Distrito Federal con el de la Cd. de Orizaba, Ver., observamos una incidencia mayor de 4.3% en el Distrito Federal; en lo que respecta al sexo femenino en el Distrito Federal y en la Cd. de Orizaba, Ver. también se observa una mayor incidencia en el Distrito Federal, el cual es del 5.7%. Todo esto nos permite reconocer que existen más hábitos orales por sexo en el Distrito Federal, que en la Cd. de Orizaba, Ver., haciendo notar también que el número de niños estudiados en el Distrito Federal fue menor que en la Cd. de Orizaba, Ver., por lo que se hace más relevante el porcentaje mayor del Distrito Federal.

De esta total incidencia de hábitos es interesante observar que: en el hábito de dedo, en el Distrito Federal hubo el 3.7% en el sexo masculino y el 2'5% en el sexo femenino, siendo mayor la incidencia de 1.2% para el sexo masculino, comparando este hábito del Distrito Federal con el de la Cd. de Orizaba, Ver., vemos que en el sexo masculino la incidencia mayor de .7% para el Distrito Federal y en el sexo femenino la incidencia mayor es de .7% para la Cd. de Orizaba, Ver.

En estudios realizados con niños Estadounidenses, los resultados indican la presencia del hábito de dedo mayor en el sexo femenino que en el sexo masculino, sin embargo, en el estudio realizado en el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver., vemos que, aunque la diferencia es poca, mayor es la incidencia en el sexo masculino.

En el hábito de uñas en el Distrito Federal, vemos una diferencia de 0,35% del sexo masculino por el 0% para el femenino, en tanto que en la Cd. de Orizaba, Ver., en el sexo masculino no se observó mientras que en el femenino fué de 0.17%, la cual corresponde a la incidencia mayor. -- Por lo que podemos notar, que aunque mínima, una mayor presencia de hábitos en el sexo masculino en el Distrito Federal y en la Cd. de Orizaba, Ver., predominó en el sexo femenino, comparando éste hábito entre ambas ciudades, se obser

va mayor incidencia de 0.35% en el Distrito Federal con respecto al sexo masculino y del 0.17% en la ciudad de Orizaba Ver., para el sexo femenino.

El hábito de lengua se caracterizó por ser mayor su incidencia en el sexo femenino en el Distrito Federal, ya que el 3.2% correspondió al sexo masculino y el 3.9% al sexo femenino, por lo que la incidencia mayor fue de .7%; en cuanto a la Ciudad de Orizaba, Ver., el porcentaje registrado fué el mismo para ambos sexos. No así si comparamos al sexo masculino y femenino de ambas ciudades, ya que fue mayor la incidencia para el Distrito Federal en el sexo masculino con el 1.9% y en el sexo femenino con el 2.6%.

En el hábito de labio en el Distrito Federal, el 2.3% correspondió al sexo masculino y el 3.2% para el sexo femenino por lo que el porcentaje mayor de .9% fue observado para el sexo femenino en la ciudad de Orizaba, Ver., el 1.2% fue para el sexo masculino y el 0.5% para el femenino siendo aquí la incidencia mayor de .7% para el sexo masculino. Este hábito al ser comparado entre el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver., vemos que en el sexo masculino la incidencia mayor de 1.1% fue para el Distrito Federal en el sexo femenino de 2.7% fue también para el Distrito Federal.

En el hábito de lápiz, se registró en el Distrito

Federal el 0.17% para el sexo masculino y el 0% para el Femenino, siendo mínima la diferencia para el sexo masculino; en cuanto a la Cd. de Orizaba, Ver., no se registró este hábito. Por lo que este hábito al ser comparado entre el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver., fue de 1.7% mayor para el Distrito Federal en el sexo masculino.

Por último en el hábito de respirador bucal, en el Distrito Federal, no se observó en el sexo masculino, -- mientras que en el femenino fue de 0.53%, siendo este porcentaje la incidencia mayor. En lo que respecta a la Cd. de Orizaba, Ver., no se observó este hábito en ambos sexos, -- por lo que, comparando los porcentajes entre el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver., la única incidencia mayor fue para el sexo femenino con 0.53% en el Distrito Federal.

Al analizar el estudio en la comparación del total de hábitos, entre el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver., se puede notar lo siguiente: a los 8 años de edad hubo el 12.1% de hábitos en el Distrito Federal y el 6% en la Cd. de Orizaba, Ver., siendo la incidencia mayor de 6.1% para el Distrito Federal; a los 9 años, el 10.1% correspondió al Distrito Federal y el 4.5% a la Cd. de Orizaba, Ver. siendo la incidencia mayor de 5.6% para el Distrito Federal a los 10 años de edad, el 13.5% correspondió al Distrito Federal y el 4.5% a la Cd. de Orizaba, Ver., por lo que el --

porcentaje mayor fue para el Distrito Federal de 9%; a los 11 años, el 8.7% correspondió al Distrito Federal y el 7% a la Ciudad de Orizaba, Ver., siendo la incidencia mayor de 1.7% para el Distrito Federal por último a los 12 años de edad, correspondió el 3.5% al Distrito Federal y el 5.6% a la Cd. de Orizaba, Ver., notándose aquí la incidencia mayor de 2.1% para la Cd. de Orizaba, Ver.

En este estudio comparativo del total de hábitos, por edades, se puede observar que hay una mayor incidencia en el Distrito Federal, siendo la única incidencia mayor para la Cd. de Orizaba, Ver., a los 12 años de edad. También se puede observar que mientras en el Distrito Federal los hábitos disminuyen con la edad, en la Cd. de Orizaba, Ver., después de disminuir a los 9 y 10 años, aumenta posteriormente a los 11 y 12 años de edad.

De esta incidencia total de hábitos es importante observar que: en el hábito de dedo, a los 8 años de edad, hay el 3.8% en el Distrito Federal y el 3% en la Cd. de Orizaba, Ver., en el hábito de uñas no se observó en ambas ciudades; en el hábito de lengua el 5.1% correspondió para el Distrito Federal y el 2% para la Cd. de Orizaba, Ver., siendo mayor la incidencia de 3.1% para el Distrito Federal, en el hábito de labio, el 2.4% correspondió para el Distrito Federal y el 1% para la Cd. de Orizaba, Ver., el porcentaje mayor de 1.4% es para el Distrito Federal; en el hábito de

lápiz, el 0.7% correspondió al Distrito Federal y el 0% a la Cd. de Orizaba, Ver., por lo que la incidencia mayor de 0.7% fue para el Distrito Federal en cuanto al hábito de respirador bucal, no se observó en ambas Ciudades. De esta manera observamos que a los 8 años, de edad en el Distrito Federal registró un mayor porcentaje en los hábitos de dedo, uñas, lengua, labio, lápiz y respirador bucal.

A los 9 años de edad en el hábito de dedo hubo una incidencia de 4.2% en el Distrito Federal y de 2.6% en la Cd. de Orizaba, Ver., por lo que la incidencia mayor de 1.6% fue para el Distrito Federal, en el hábito de uñas, hubo una incidencia de 0.7% en el Distrito Federal, en cuanto a la Cd. de Orizaba, Ver., no se observó, siendo el porcentaje que presentó el Distrito Federal de 0.7%, la incidencia mayor en el hábito de lengua, el 2.1% fue para el Distrito Federal y el 1.9% para la Cd. de Orizaba, Ver., de esta manera el porcentaje mayor de .2% fue para el Distrito Federal; en el hábito de labio el 2.8% correspondió al Distrito Federal y el 0.3% a la Cd. de Orizaba, Ver., siendo aquí el 2.5% la incidencia mayor para el Distrito Federal; en el hábito de lápiz no se observó en ambas ciudades; en el hábito de respirador bucal, no se observó en el Distrito Federal y el 0.35% en la Cd. de Orizaba, Ver., siendo ésta la incidencia mayor.

A esta edad, también se registraron incidencias - mayores en los hábitos de dedo, uñas, lengua, labio y lápiz en el Distrito Federal, notándose aunque mínima, la incidencia mayor en el hábito de respirador bucal en la Cd. de Orizaba, Ver.

A los 10 años de edad, en el hábito de dedo hubo una incidencia de 4% en el Distrito Federal y de 2.6% en la Ciudad de Orizaba, Ver., de esta manera correspondió la incidencia mayor de 1.4% al Distrito Federal; el hábito de uñas no se observó en el Distrito Federal, en tanto que para la Cd. de Orizaba, Ver., fue de 0.3%, siendo este porcentaje - la incidencia mayor; en el hábito de lengua, el 5.5% correspondió al Distrito Federal y el 0.9% a la Cd. de Orizaba, Ver., por lo que la incidencia mayor de 4.6% fue para el -- Distrito Federal, en el hábito de labio, el 4% correspondió al Distrito Federal y el 0.6% a la Cd. de Orizaba, Ver., -- siendo aquí la incidencia mayor de 3.4% para el Distrito Federal, los hábitos de lápiz y respirador bucal no se observaron en ambas ciudades.

A los 11 años de edad en el hábito de dedo, hubo el 1% en el Distrito Federal y el 3.6% en la Cd. de Orizaba Ver., por lo que la incidencia mayor para la Cd. de Orizaba Ver., fue de 2.6%; el hábito de uñas no se observó en ambas ciudades; en el hábito de lengua, el 3.1% correspondió al - Distrito Federal y el 1.5% a la Cd. de Orizaba, Ver., sien-

do aquí la incidencia mayor de 2.1% para el Distrito Federal; en el hábito de labio, el 3.6% correspondió al Distrito Federal y el 1.2% a la Cd. de Orizaba, Ver., por tanto, la incidencia mayor de 2.4% correspondió al Distrito Federal en el hábito de lápiz, no se observó en el Distrito Federal y en la Cd. de Orizaba, Ver., fue de 0.6%, por lo que ésta fue la incidencia mayor; en el hábito de respirador bucal el 1% correspondió al Distrito Federal, siendo este porcentaje la única diferencia, ya que en la Cd. de Orizaba, Ver. no se observó.

A los 12 años de edad, en el hábito de dedo, se registró el 1.2% en el Distrito Federal y el 2.6% en la Cd. de Orizaba, Ver., notándose la incidencia mayor de 1.4% para la Cd. de Orizaba, Ver., el hábito de uñas no se observó en ambas ciudades; en el hábito de lengua, el 1.2% correspondió al Distrito Federal y el 1.6% a la Cd. de Orizaba, Ver. la incidencia mayor de .4% fue para la Cd. de Orizaba, Ver. en el hábito de labio el 0.59% correspondió al Distrito Federal y el 1.3% a la Cd. de Orizaba, Ver., la incidencia mayor de .71% para la ciudad de Orizaba, Ver.; en el hábito de lápiz, el 0.59% correspondió al Distrito Federal y en lo que respecta a la Cd. de Orizaba, Ver., no se observó. Por lo que el porcentaje registrado en el Distrito Federal, fue la incidencia mayor; por último el hábito de respirador bucal, no se observó en ambas ciudades.

Los datos proporcionados reafirman los comentarios hechos anteriormente, que los hábitos orales son más frecuentes en el Distrito Federal y que van disminuyendo con la edad, con la excepción de la Cd. de Orizaba, Ver., que de los 11 a los 12 años de edad aumenta. Probablemente, como se señaló antes, el medio sociocultural sea un factor importante en dichos resultados.

RESUMEN.

Se realizó un estudio estadístico comparativo de hábitos orales en 2,516 niños de 8 a 12 años de edad en ambos sexos, en escuelas del Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver.

Para efectuarlo se utilizaron los siguientes materiales: 2,516 abatelenguas, 2,516 hojas de registro, 40 hojas milimétricas, 40 hojas de papel albanene, 2 lápices, 1 regla, 1 compaz, 1 calculadora, tinta china y una pluma.

Se realizó un interrogatorio con cada niño para comprobar, cuando el estado clínico así lo ameritaba, la presencia de hábitos orales, los cuales se asentaron en las hojas de registro, las que constan de nombre, edad, sexo, hábitos (dedo, uñas, lengua, labio, lápiz y respirador bucal).

Posteriormente se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales fueron anotados en sus respectivas tablas y gráficas, de 2,516 niños estudiados de ambos sexos, en el Distrito Federal como en la Cd. de Orizaba, Ver., se pudo observar 193 con algún tipo de hábito oral, lo cual corresponde a una incidencia de 7.6% del total de la población (ver tabla 1, gráfica 1).

Cuando se realizó el estudio comparativo del total de hábitos entre el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver., se pudo observar que de 1,120 niños en el Distrito Federal, se presentaron 114 con algún tipo de hábito, el cual correspondió al 10.1% de la población (ver tabla 2, -- gráfica 2) y en la Cd. de Orizaba, Ver., de 1,396 niños, 79 tenían también algún hábito, que correspondió al 5.6% de la población (ver tabla 5, gráfica 5). Por lo que hubo una incidencia mayor en el Distrito Federal de 4.5%.

En cuanto al total de hábitos por sexo en el Distrito Federal, hubo 56 hábitos que correspondió al 10% en el sexo masculino, en tanto que en el sexo femenino se observaron 58 hábitos, que correspondió al 10.3% de la población; aquí se registró la incidencia mayor de 0.3% en el -- sexo femenino (ver tabla 3, gráfica 3), mientras que en la Cd. de Orizaba, Ver., hubo 48 hábitos que correspondió al 5.7% en el sexo masculino y en el femenino de 31 hábitos correspondió el 4.6%, siendo aquí la incidencia mayor en el -- sexo masculino de 1.1%. (ver tabla 6, gráfica 6).

Por lo que podemos notar en el Distrito Federal, -- una incidencia mayor de 4.3% en el sexo masculino y en el -- femenino de 5.7% es ante la Cd. de Orizaba, Ver. (ver tabla 8, gráfica 8).

En lo que respecta a los resultados obtenidos de-

los hábitos orales por sexo en el Distrito Federal fueron los siguientes: en el hábito de dedo, el 3.7% en el sexo masculino y el 2.5% en el femenino, siendo la incidencia mayor de 1.2% para el sexo masculino; en el hábito de uñas, el 0.35% en el sexo masculino y el 0% en el sexo femenino, la incidencia mayor de 0.35% correspondió al sexo masculino; en el hábito de lengua, el 3.2% en el sexo masculino y el 3.9% en el femenino, siendo la incidencia mayor de .7% para el sexo femenino; en el hábito de labio, el 2.3% en el sexo masculino y el 3.2% en el femenino, por lo que la incidencia mayor de .9% fue para el sexo femenino; en el hábito de lápiz, el 0.35% en el sexo masculino y el 0.17% en el femenino, siendo la incidencia mayor de 0.18% para el sexo masculino; en el hábito de respirador bucal, el 0% en el sexo masculino y el 0.53% en el femenino, siendo al mismo tiempo éste la incidencia mayor (ver tabla 4, gráfica 4).

En cuanto a los resultados de los hábitos orales por sexo en la Cd. de Orizaba, Ver., fueron los siguientes: en el hábito de dedo, el 3% correspondió al sexo masculino y el 2.7% en el femenino, siendo la incidencia mayor de .3% en el sexo masculino, en el hábito de uñas, el 0% en el sexo masculino y el 0.17% en el femenino, correspondiendo este porcentaje a la incidencia mayor; en el hábito de lengua, el 1.3% en el sexo masculino y el 1.3% en el sexo femenino, siendo aquí igual la incidencia; en el hábito de labio, el-

1.2% correspondió al sexo masculino y el 0.5% al femenino - correspondiendo la incidencia mayor de .7% para el sexo - - masculino; en el hábito de lápiz, el 0.25% en el sexo masculino, correspondió al porcentaje registrado y a la incidencia mayor, ya que no se observó en el sexo femenino; en lo que respecta al hábito de respirador bucal, no se observó - en ambas ciudades (ver tabla 7, gráfica 7)

Por lo que al comparar los resultados obtenidos - en el Distrito Federal y en la Cd. de Orizaba, Ver., la incidencia mayor de hábitos fue la siguiente: en el hábito de dedo, el .7% correspondió al sexo masculino para el Distrito Federal y en el femenino fue de .2% para la Cd. de Orizaba, Ver., en el hábito de uñas, el 0.35% correspondió al sexo masculino, para el Distrito Federal y en el femenino - de 0.17% para la Cd. de Orizaba, Ver., en el hábito de lengua, el 1.9% al sexo masculino para el Distrito Federal y en el femenino de 2.6%; en el hábito de lápiz, el 0.11% al sexo masculino para el Distrito Federal; en el hábito de -- respirador bucal, no se observó en ambas ciudades en el - - sexo masculino y en el femenino de 0.53% para el Distrito - Federal (ver tabla 9, gráficas 9 y 10).

El total de hábitos orales por edades en el Distrito Federal, fue el siguiente: a los 8 años de edad, hubo 35 hábitos que correspondió al 12.1% a los 9 años, 29 que - correspondió al 10.1%; a los 10 años, 27 que correspondió -

al 13.5%; a los 11 años, 17 que correspondió al 8.7% y a -- los 12 años, 6 que correspondió al 3.5%. (ver tabla 10, gráfica 11).

En la Cd. de Orizaba, Ver., fueron los siguientes: a los 8 años de edad, 12 hábitos que corresponden al 6%; a los 9 años, 12 con una incidencia del 4.5%; a los 10 años, - 14 con un 4.5% a los 11 años, 23 con un .7% y a los 12 años 17 hábitos, que representan el 5.6% (ver tabla 12, gráfica - 13).

Analizando estos resultados, vemos que la incidencia mayor entre el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, -- Ver., fue la siguiente: a los 8 años de edad, correspondió al Distrito Federal con el 6.1%; a los 9 años, al Distrito Federal con el 5.6%; a los 10 años, al Distrito Federal con el 9%; a los 11 años, al Distrito Federal con el 1.7% y a los 12 años a la ciudad de Orizaba, Ver., con el 3.1% (ver tabla 14, gráfica 15).

En cuanto a los hábitos orales por edades, en el Distrito Federal, se registraron los siguientes: a los 8 -- años de edad el 3.8% en el hábito de dedo; el 0% en el hábito de uñas; el 5.2% en el de lengua; el 2.4% en el de labio, el 0.7% en el de lápiz y el 0% en el de respirador bucal.

A los 9 años, el 4.2% en el hábito de dedo; el --

0.7% en el de uñas; el 2.1% en el de lengua; el 2.8% en el de labio; el 0% en el de lápiz y el 0.35% en el de respirador bucal.

A los 10 años el 4% en el hábito de dedo; 0% en el de uñas; 5.5% en el de lengua; 4% en el de labio; 0% en el de lápiz y respirador bucal.

A los 11 años, el 1% en el hábito de dedo, el 0% en el de uñas; el 3.1% en el de lengua; el 3.6% en el de labio; el 0% en el de lápiz y el 1% en el de respirador bucal.

A los 12 años, el 1.2% en el hábito de dedo; el 0.17% en el de uñas; el 3.5% en el de lengua, el 2.7% en el de labio; el 0.26% en el de lápiz y el 0.26% en el de respirador bucal. (ver tabla 11, gráfica 12)

Los hábitos orales en la Cd. de Orizaba, Ver., por edades fueron: a los 8 años de edad, el 3% en el hábito de dedo; el 0% en el de uñas, el 2% en el de lengua; el 1% en el de labio; el 0% en el de lápiz y de respirador bucal.

A los 9 años, el 26% en el hábito de dedo; el 0% en el de uñas, el 1.9% en el de lengua; el 0.3% en el de labio; el 0% en el de lápiz y respirador bucal.

A los 10 años, el 2.6% en el hábito de dedo; el 0.3% en el de uñas; el 0.9% en el de lengua; el 0.6% en el

de labio; el 0% en el de lápiz y respirador bucal.

A los 11 años, el 3.6% en el hábito de dedo; el 0% en el de uñas; el 1.5% en el de lengua; el 1.2% en el de labio; el 0.6% en el de lápiz y el 0% en el de respirador bucal.

A los 12 años, el 2.6% en el hábito de dedo, el 0% en el de uñas; el 1.6% en el de lengua; el 1.3% en el de labio; el 0% en el de lápiz y respirador bucal (ver tabla 13, gráfica 14).

Por último al comparar los resultados obtenidos en el Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, Ver., la incidencia mayor de hábitos orales por edades fue la siguiente: a los 8 años de edad, el .8% del hábito de dedo para el Distrito Federal; el de uñas no se observó en ambas ciudades; el 3.1% del de lengua para el Distrito Federal; el 0.7% del de lápiz para el Distrito Federal el hábito de respirador bucal no se observó en ambas ciudades.

A los 9 años, el 1.6% del hábito de dedo, el 0.7% del de uñas para el Distrito Federal; el .3% del de lengua para el Distrito Federal; el 2.5% del de labio para el Distrito Federal, no se observó el hábito de lápiz en ambas ciudades; el 0.35% del de respirador bucal para el Distrito Federal.

A los 10 años, el 1.4% del hábito de dedo, el 0.3% del de uñas para la Cd. de Orizaba, Ver., el 4.6% del de -- lengua para el Distrito Federal; el 3.4% del de labio para el Distrito Federal; no se observaron los hábitos de lápiz- y respirador bucal en ambas ciudades.

A los 11 años, el 2.6% del hábito de dedo, para la Cd. de Orizaba, Ver., no se observó el hábito de uñas en ambas ciudades; el 1.6% del de lengua para el Distrito Federal; el 2.4% del de labio para el Distrito Federal; el 0.6% del de uñas para la Cd. de Orizaba, Ver., el 1% del de respirador bucal para el Distrito Federal.

A los 12 años, el 1.4% del hábito de dedo para la Cd. de Orizaba, Ver., no se observó el hábito de uñas en ambas ciudades; el .4% del de lengua para la Cd. de Orizaba, Ver., el .71% del de labio para la Cd. de Orizaba, Ver., el 0.59% del de lápiz para el Distrito Federal; el hábito de - respirador bucal no se observó en ambas ciudades (ver tabla 15, gráficas 16 y 17).

Al analizar este estudio realizado en niños de ambos sexos, por sexo y por edades nos permite observar una - incidencia mayor de hábitos orales en el Distrito Federal - ante la Cd. de Orizaba, la causa probablemente sea la ten-- sión de vida, el medio sociocultural y la alimentación.

Este estudio quizá sea el punto de partida para -
una investigación de mayores alcances, que nos permita un -
mayor conocimiento para prevenir en su etapa inicial las ma
loclusiones.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede observar que existe una incidencia considerable de hábitos orales en el Distrito Federal como en la Cd. de Orizaba, Ver. Dicha incidencia fue mayor en el Distrito Federal, tomando en cuenta el total de los niños estudiados, en ambos sexos y por edades (exceptuando a los 12 años). Lo antes mencionado adquiere mayor relevancia, debido al menor número de niños estudiados en el Distrito Federal ante el grupo de la Cd. de Orizaba, Ver., por lo que reconocemos la influencia decisiva de la tensión de vida, el medio sociocultural y la alimentación que priva en el Distrito Federal en comparación con la Cd. de Orizaba, Ver.

Así mismo se notó que la incidencia de los hábitos va disminuyendo con la edad en el Distrito Federal, no así, en la Cd. de Orizaba, Ver., ya que a los 11 y 12 años se incrementó. Esto probablemente se deba a que el niño a esta edad ha adquirido una mayor madurez, autoestima y por lo mismo es más susceptible a las críticas de sus amigos y compañeros de escuela,

Considero importante esta aportación que será tal vez el punto de partida para una investigación de mayores alcances, que reditúe en un mayor conocimiento de los hábi-

tos orales y que nos permita prevenir las maloclusiones; -- de esta manera la Odontopediatría, contribuiría a proporcionarle al niño un equilibrio médico, odontológico y social.

BIBLIOGRAFIA.

LARSSON E; R: ONNERMAN A.

Clinical Crown lengthin 9, 11 and 13 year old children
whith and withoute sineger sucking habit.

Br. J. Orthod. 1981 Oct. 8 (4): 171-3

HELM S.

Orthodontic Treatment prioritiers in the tanish child dental
health services Community Dent Oral Epidemiol 1982 Oct. 10
(5): 260-3

EGERMARK - ERIKSSON I

Maloclusión and some functional recordings of the masticator
y system in swedish school children Swed Dent J. 1982; -
6 (1): 9-20

LARSSON E.

Prevalence of crossbite among children with prolonged dummy
and singer sucking habit.

Swed Dent J. 1983; (3): 115-9

GRABER T.M.

Ortodoncia (teoria y práctica) Pag. 449

Tercera Edición 1974, Editorial Interamericana.

SIN JOSEPH M.

Movimientos dentarios menores en niños p.p. 249, 250 y 251
Segunda Edición 1980, Editorial Mundi.

BARRET, R.H.; AND HANSON, M.L.

Oral myofunctional disorders, St, Lous, 1974, The C.V. Mos-
by Co., p.p. 4-30

MOYERS, R.E.

Handbook of Orthodontics,

Ed. 3, Chicago, 1973, yearbook Medical Prublishees, Inc.pp.
332-350

MOSS, M.L.

The Functional matrix, In Kraus, B.S. And Reidel, R.A. edi-
tors: Vistas in orthodontics, Philadephia, 1962, Lea Febiger
pp. 85-98

ANDERSON, W.S.

The relation ship of the tongue-thrust syndrome to matura--
tion and other factors. Am. J. Orthodont. 49: 264-275, 1963.

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.
Principios para guiar una dentición en desarrollo pp. 601,
602, volúmen 4/1978.
Editorial Interamericana.

A P E N D I C E

HOJA DE REGISTRO.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO F _____ M _____

HABITOS ORALES:

DIGITAL _____	LABIAL _____
UÑAS _____	LAPIZ _____
LINGUAL _____	RESP. BUCAL _____



SECRETARÍA
DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

09DEF2147V

DEPENDENCIA Esc. 11-076-55-II-v
" Fernando Montes de Oca "
Av. V. Hdez. Covarrubias s/n
SECCIÓN U.H. Pte. Madero
MESA Azcapotzalco
NUMERO DE OFICIO 210/84
EXPEDIENTE

ASUNTO: Constancia de Investigación de Campo realizado
por el C.D. Adrián Castillo Placencia

México, D.F., junio 22 de 1984

Dr. Rogelio Rey Bosh
Jefe del Depto. de Estudios Superiores
Facultad de Odontología U.N.A.M.
Presente

La que suscribe Directora de la Escuela 11-076, " Fernando Montes de Oca ", informa a usted atentamente, que el C.D. Adrián Castillo Placencia, realizó una Investigación de Campo sobre la " Oclusión en niños de 8 a 12 años de edad ", siendo de suma importancia la observación de estos problemas en la niñez; me permito felicitar al C.D. antes mencionado por el magnífico desempeño con que llevó a cabo este estudio.



Atentamente
Directora de la Escuela

Ma. del Carmen Juárez Luna

S. E. P.

Esc. Prim. 11-076-55-II-v Ma. del Carmen Juárez Luna
0951898

"FERNANDO MONTES DE OCA"

U. H. ECO. I. MADERO

AZCAPOTZALCO, D.F. - El Archivo de la Escuela



SUPERIOR DERECHO.

MCJ/muc



SECRETARIA
DE
ACION PUBLICA

DEPENDENCIA 09DPH27853
Esc. 12-076-55-II-X
"FERNANDO MONTES DE OCA"
SECCION Av. Vicente Hernández Co-
MESA varrubias s/n U. Hab. Pco.
NUMERO DE OFICIO T. Madero, Azcapotzalco.
EXPEDIENTE

ASUNTO: Constancia de Investigación de Campo
realizada por el C.D. ADRIAN CASTILLO PLASCENCIA.

DR. ROGELIO REY BOSH
JEFE DEL DEPTO. DE ESTUDIOS SUP.
FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M.
PRESENTE..

Comunico a usted, que el C. D. Adrián Castillo Plascencia, rea-
lizó Investigación de Campo sobre la Oclusión en niños de 8 a -
12 años de edad.

Extendemos nuestra más sincera felicitación al C.D. por la in-
vestigación realizada.

A petición del interesado y para los fines legales que conven-
gan, se extiende la presente, en la Ciudad de México, a los dos
días del mes de octubre de mil novecientos ochenta y cuatro.



S. E. P.

ESC. PRIM. 12-076-55-II-X
"FERNANDO MONTES DE OCA"
AZCAPOTZALCO, D. F.
Atentamente

Director de la Escuela

Profr. Servando Ruiz Reyes.

A QUIEN CORRESPONDA:

El suscrito, Profr. Armando Heredia Director de la Escuela Primaria Colegio México, hace constar que el C.D. ADRIAN CASTILLO PLACENCIA, realizó un estudio estadístico de Maloclusión Dentaria del segmento anterior a los grados 3°, 4°, 5°, y 6° con dos grupos cada uno. Con un promedio de edad de 8 a 12 años en un total de 386 alumnos.

A petición de la parte interesada y para los efectos legales que al mismo convengan se expide la presente en la Ciudad de Orizaba, Ver., a los veinte días del mes de Marzo del año de mil novecientos ochenta y cuatro.



COLEGIO MEXICO
PRIMARIA
ORIZABA, VER.
DIRECCION

A. Heredia

PROFR. ARMANDO HEREDIA
DIRECTOR.

A QUIEN CORRESPONDA:

La que suscribe, Profra. Angela Tenorio Campos Directora de la Escuela Primaria Ignacio Gomez Izquierdo, hace constar que el C.D. Adrián Castillo Placencia, realizó un estudio estadístico de Maloclusión Dentaria del segmento anterior, a grupos mixtos de 8 a 12 años de edad - en un total de 250 alumnos.

A petición de la parte interesada y para los fines legales que al mismo convergen se expide la presente en la Ciudad de Orizaba, Ver., a los veintion días del mes de Mayo de mil novecientos ochenta y cuatro.



GOB. DEL EDO. DE VERACRUZ
DIRECC. GRAL. DE EDUC. POPULAR
ESCUELA
"IGNACIO GOMEZ IZQUIERDO" MAT.
ZONA 22 ORIZABA, VER.

PROFRA. ANGELA TENORIO C.
DIRECTORA.

A QUIEN CORRESPONDA:

La que suscribe, Profra. Aurora Cervantes Directora de la Escuela Primaria Leona Vicario, hace -- constar que el C.D. Adrián Castillo Placencia, realizó un -- estudio estadístico de Maloclusión Dentaria del segmento -- anterior, a niñas de 8 a 12 años de edad en un total de 250, -- alumnas.

A petición de la parte interesada y para los fines legales que al mismo convengan se expide la -- presente en la Ciudad de Orizaba, Ver., a los veinticinco -- días del mes de Mayo de mil novecientos ochenta y cuatro.



Aurora Cervantes
PROFRA. AUROHA CERVANTES
DIRECTORA.

DIREC. GEN. DE EDUC. POP.
ESC. "LEONA VICARIO"
ORIZABA, VER.
ZONA N.º 1
ORIZABA, VER.

A QUIEN CORRESPONDA:

La que suscribe, Profra. Rosa Ma. Cruz de B., Directora de la Esc. Primaria Federal Tipo Vespertino, hace constar que el C.D. ADRIAN CASTILLO PLACENCIA, realizó un estudio estadístico de Maloclusión Dentaria del Segmento anterior, a los grupos de 8 a 12 años de edad, en un total de 180 alumnos.

A petición de la parte interesada y - para los fines legales que a la misma convengan, se expide la presente en la Ciudad de Orizaba, Ver., a los once días del mes de Junio de mil novecientos ochenta y cuatro.


PROFRA. ROSA MA. CRUZ DE B.
DIRECTORA.

Escuela
PRIMARIA FEDERAL
TIPO VESPERTINO
ORIZABA,

A QUIEN CORRESPONDA:

La suscrita Profra. Narcedalia Méndez -
Montero, Directora de la Escuela Vespertina Melitón Guzmán
i Romero con Clave Administrativa 30EPR3411M, de la ciudad
de Orizaba, HACE CONSTAR, por medio de la presente que el -
C. D. Adrián Castillo Placencia, realizó un estudio estadís-
tico de MALOCCLUSION DENTARIA del segmento anterior, a niños
cuyas edades son de ocho a doce años, revisión que llevó a
efecto entre la población escolar que es de doscientos --
siete niños.

Para los fines que convengan al intere-
sado, le extiendo la presente CONSTANCIA a los quince días
del mes de junio de mil novecientos ochenta y cuatro.

A T E N T A M E N T E.

La Directora.



EST. DEL EST. DE VERACRUZ
DIRECC. GEN. DE EDUC. POPULAR
ESCUELA
"MELITÓN GUZMÁN I ROMERO" VESP.
ZONA 22 ORIZABA VER.

Profra. Narcedalia Méndez Montero.

A QUIEN CORRESPONDA :

El suscrito, Profr. Angel Salvador Méndez Mon
tero Director de la Escuela Primaria Urbana "LIC. BENITO JUAREZ" --
(Clave Administrativa : 30EPR1875F) ubicada en esta Comunidad, por
medio de la presente H A C E C O N S T A R que el C.D.

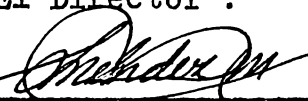
A D R I A N C A S T I L L O P L A C E N S I A .

Realizó un estudio Estadístico de MALOCLUSION
DENTARIA DEL SEGMENTO ANTERIOR, a los alumnos de ocho a doce años-
de los distintos Grados de esta Institución.

A petición de la parte interesada, y para los
fines legales que más le convengan, se extiende la presente, a los
veinte días del mes de junio de mil novecientos ochenta y cuatro -
en el Municipio de San Andrés Tenejapan, Veracruz.

Atentamente

El Director :



Profr. Angel Salvador Méndez Montero



Direcc. Gral. Educ. Pop.
Esc. "LIC. BENITO JUAREZ"
San Andrés Tenejapan, Ver.
ZONA XXII-ORIZABA. VER