



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

Frecuencia de hábitos parafuncionales y maloclusión dental
en adolescentes de la secundaria “Oficial 539 José
Revueltas” en el ciclo escolar 2022-2023.

TESIS

Para obtener el título de
Cirujano Dentista

PRESENTAN

Pérez Camacho Jennifer
Rojas Cruz Nancy Guadalupe

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: Dra. Josefina Morales Vázquez.

ASESOR: Dr. Jesús Regalado Ayala

ASESORA: Dra. Verónica Escorza Mendoza

SINODAL: Dr. Oscar Manuel Hernández Quiroz

SINODAL: Esp. Gustavo Armando Chávez Peregrina



Ciudad de México, Enero 2024.



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.

Agradecimientos

Nuestra gratitud infinita a la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra alma mater, con la cual tenemos una deuda infinita por la formación académica, profesional y personal que recibimos estos años en sus aulas y con su comunidad.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por permitirnos coincidir en este camino, donde terminamos nuestra preparación profesional y donde conocimos personas extraordinarias que quedaran grabadas en nuestra memoria.

A nuestra maestra y directora de tesis, la Doctora Josefina Morales Vázquez, por enseñarnos el camino y guiar nuestra investigación, además de todo el apoyo recibido.

A nuestros asesores, el Doctor Jesús Regalado y la Dra Verónica Escorza, por confiar en nosotras y ayudarnos en todo momento para concluir esta investigación.

Dedicatorias

A mis padres Oscar y Olivia, quienes me han brindado todo su apoyo, amor y esfuerzo a lo largo de este camino, siempre serán mi guía y el motor que me impulsa a cumplir mis sueños.

A mi hermana Ana Karen, por su paciencia y apoyo incondicional y por ser una gran compañera de vida, siempre tendrás mi apoyo y espero poder impulsarte a lograr todo lo que te propongas en la vida.

A todos mis tíos,, quienes me brindaron su apoyo y confiaron en mi en todo momento.

A mis abuelitos, aunque no están físicamente se que me cuidan y me guían en este camino y en donde estén espero que estén orgullosos.

A Gustavo, quien me brindó su apoyo, comprensión y cariño incondicional durante este proceso y me motiva a superarme personal y profesionalmente.

A todos mis profesores que formaron parte de mi formación académica, cada uno aportó grandes enseñanzas a mi vida.

A mi mejor amiga Jenni, quien desde el primer día me brindó su amistad y confianza, formamos un excelente equipo y juntas pudimos concluir con éxito este largo camino en la universidad, todo nuestro sacrificio y esfuerzo valió la pena, pero se que esto solo es uno de muchos logros que nos esperan, te quiero y confío en que vamos a llegar muy lejos.

Y a todas las personas que conocí durante la licenciatura y me brindaron momentos inolvidables, gracias por acompañarme en el camino.

Nancy G. Rojas Cruz

A mis padres, quienes han sido el pilar más importante en mi vida y por los cuales hoy estoy cumpliendo este sueño, gracias por la confianza, el esfuerzo y el apoyo en cada una de mis decisiones, por no dejar de creer en mí e impulsarme a cumplir todas mis metas, los amo.

A Benigno, que a pesar de la distancia siempre ha estado para mí, me ha apoyado y me ha exigido para ser mejor día a día, siempre agradecida por todo el esfuerzo que haces por mí y mis hermanos.

A Juanita, que no hay mujer más aguerrida en este mundo, gracias por acompañarme en todo este proceso, siempre junto a mí

A mis hermanos, Héctor y Alexander, gracias por confiar en mí y apoyarme en todas mis prácticas, siempre estuvieron para mí en todo momento, espero ser un ejemplo para ustedes y que sepan que ustedes también pueden conseguir todo eso que anhelan y sueñan.

A Sergio Álvarez y Juana Hernández quienes siempre han creído en mí desde el inicio de mi formación académica y quienes me inculcaron la pasión por el estudio y por superarme.

A todos esos profesores y compañeros con los que compartí la carrera, cada uno influyo en lo que soy hoy en día, gracias por el conocimiento compartido.

A Jazmín, Yonathan, Gustavo, Christian, Jorge y Efraín por ser el mejor equipo y los mejores amigos que pudiera encontrar, colegas extraordinarios que conservare por el resto de mi vida.

Pero sobre todo gracias a mi mejor amiga Nancy, con la que he compartido este camino y hoy llegamos triunfantes a este punto de nuestras vidas, gracias por la amistad brindada, el apoyo, la confianza, todos esos días de estudio y noches de risas, espero este sea el inicio de un mundo de posibilidades para ambas, te quiero con todo mi corazón.

Jennifer Pérez Camacho

ÍNDICE	
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	6
Succión digital	7
Succión labial	9
Onicofagia	11
Respiración bucal	12
Bruxismo	14
Mordedura de objetos	17
Maloclusión	19
Panorama epidemiológico	33
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
OBJETIVOS	37
General	
Específicos	
MATERIAL Y MÉTODOS	
Tipo de Estudio	38
Universo	38
Muestra	38
Criterios de Inclusión	38
Criterios de Exclusión	38
Variables	38
Instrumentos de recolección de datos	39
Técnica	40
Recursos	41
Humanos	
Materiales	
Físicos	
Financieros	
Diseño estadístico	42
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	43
RESULTADOS	45
DISCUSIÓN	125
CONCLUSIÓN	126
PROPUESTAS	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
ANEXOS	139

- 1 Consentimiento informado
- 2 Ficha epidemiológica de maloclusión
- 3 Encuesta de hábitos parafuncionales

RESUMEN

Introducción. Los hábitos parafuncionales se dan como resultado de una acción prolongada innecesaria que genera fuerzas perniciosas contra los órganos dentarios, los hábitos más frecuentes son onicofagia, queilofagia, morder objetos, bruxismo y respiración bucal; estos generan diferentes daños, pero el más significativo para nuestro estudio es la maloclusión dental. **Objetivo.** Identificar la frecuencia de hábitos parafuncionales y maloclusión dental en adolescentes por grado y sexo de la secundaria “Oficial 539 José Revueltas” en el ciclo escolar 2022-2023 **Método.** Tipo de estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo en 184 adolescentes; el instrumento de recolección de datos fue una ficha epidemiológica de maloclusión y una encuesta con 8 ítems contestada por el alumno, previo piloteo con un valor de Alfa de Cronbach de 0.80 (buena) los datos se analizaron en porcentaje. **Resultados.** Del sexo femenino el 58% presentó clase molar I, 52% perfil convexo, 69% onicofagia, 87% queilofagia, 64% morder objetos, 70% respiración bucal. Del sexo masculino 57% presentó clase molar I, 61% perfil convexo, 51% onicofagia, 61% queilofagia y 67% respiración bucal. **Conclusiones.** La mayoría de los adolescentes presentaron algún hábito parafuncional según Angle, sin embargo, el mayor porcentaje de ellos presentaron clase molar I, lo que nos lleva a concluir que la maloclusión posterior no necesariamente es provocada por los hábitos parafuncionales.

Palabras clave. Hábito, hábito parafuncional, maloclusión

INTRODUCCIÓN

Un hábito parafuncional se da como resultado de una acción prolongada innecesaria que genera fuerzas contra los órganos dentarios, son de origen multifactorial, existen diferentes tipos de hábitos bucales, entre ellos están la succión digital que consiste en posicionar el pulgar u otros dedos dentro de la cavidad bucal ejerciendo presión definida al succionar, es de etiología multifactorial y se relaciona con la adherencia a otros objetos o algún desbalance psicológico, puede provocar mordida abierta anterior y clase II de Angle; la queilofagia es un mal hábito bucal en el cual se introduce el labio en la parte inferior de la cavidad bucal, por lo general se asocia a la protrusión de los incisivos superiores en el cual el labio superior se torna hipotónico y provoca un desplazamiento de los incisivos inferiores, puede provocar mordida profunda; la onicofagia es uno de los hábitos más frecuentes en la sociedad suele ser de forma inconsciente e incontrolada, se produce en distintos casos, por ejemplo, por imitación, angustia o estrés y puede provocar mordida borde a borde; la respiración bucal es aquella donde la persona en vez de respirar por la nariz respira por la boca, quienes realizan este hábito puede ser consecuencia de la obstrucción de las vías aéreas, generalmente provocan paladares ojivales, arcadas inferiores estrechas, mordidas cruzadas abiertas o muy profundas, también llegan a desarrollar la presencia de hábitos parafuncionales como la deglución atípica, esto puede provocar mordida abierta anterior con o sin interposición lingual y mordida cruzada posterior uni o bilateral; el bruxismo se define como la actividad musculomandibular repetitiva caracterizada por el apretamiento o rechinar de los órganos dentales y empuje mandibular, genera desgaste de los órganos dentales y en casos extremos fracturas dentales entre otros.

Todos ellos pueden llegar a provocar alteraciones en el sistema estomatognático, siendo la de mayor importancia para nuestro estudio la maloclusión dental, está la vamos a definir como malposición de los órganos dentarios en las arcadas dentales, no tiene una causa conocida o específica, si no que de igual forma es de origen multifactorial, existen factores intrínsecos y extrínsecos.

Actualmente la gran mayoría de la población presenta uno o más hábitos parafuncionales, que si no son tratados de manera oportuna pueden provocar una maloclusión.

El siguiente trabajo fue realizado con el fin de identificar los hábitos parafuncionales en los adolescentes de la secundaria "Oficial 539 José Revueltas"; así como la maloclusión dental que presentan y si es que esta última está relacionada directamente con los hábitos parafuncionales.

MARCO TEÓRICO

Un hábito es una conducta llevada a cabo con regularidad, es decir, repetida en el tiempo, es aprendida y requiere de poco o ningún compromiso racional; estas acciones pueden presentarse en diferentes escenarios en la vida de una persona, como lo es a nivel educativo, de alimentación y de higiene, a su vez, pueden ser tanto malos hábitos como buenos. ⁽¹⁾

El hábito parafuncional se da como resultado de la acción prolongada o la degeneración de una función normal, o bien como un acto innecesario, y su importancia radica en el hecho de que estos hábitos ejercen fuerzas perniciosas contra los órganos dentarios, los arcos dentarios y los tejidos blandos provocando alteraciones en la oclusión dental.

Dependiendo de la frecuencia, intensidad y duración, puede producir un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas, las cuales inducen a deformaciones óseas y alterando la postura de los órganos dentarios; detectarlos en edades tempranas hará posible prevenir los daños en el desarrollo de la oclusión, calidad de vida y costos elevados en los tratamientos odontológicos. ⁽²⁾

Los hábitos bucales, son acciones repetitivas y con cada repetición el acto será menos consciente y relegado a una acción inconsciente; estos pueden ser succión digital, queilofagia, onicofagia, bruxismo, autolesiones, respiración bucal e interposición lingual. ⁽³⁾

Tipos de hábitos:

Succión digital

La succión digital es uno de los hábitos parafuncionales más comunes que producen anomalías dentofaciales; consiste en posicionar el pulgar u otros dedos dentro de la cavidad bucal repetidamente durante el día y la noche, produciendo una presión definida al succionar.

Etiología

La etiología de este hábito es multifactorial e incluye factores genéticos y ambientales, la succión del pulgar está comúnmente relacionada con la adherencia a otro tipo de objetos, como la cobija, los peluches y con la ausencia de un adecuado proceso de lactancia; también ha sido asociado con un desbalance psicológico que constituye una forma errónea de solucionar problemas, está relacionado con estados de ansiedad e inestabilidad emocional. ⁽⁴⁾

Características clínicas

- Incisivos superiores vestibularizados e inferiores lingualizados
- Overjet marcado
- Elongación de músculos elevadores de la mandíbula que ocasionan alteración en el tono muscular y respiración bucal
- Rugas palatinas hipertróficas
- Acortamiento del labio superior
- Paladar profundo y estrecho
- Labio inferior evertido e hipotónico
- Posición anterior de la lengua en reposos para dar lugar al sellado.
- Acortamiento de la musculatura suprahiodea, limitando la masticación.
- Distalización mandibular ⁽⁵⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico

El diagnóstico es principalmente clínico, en los tejidos blandos a nivel externo, su principal característica son las facies que presentan estos pacientes debido a la hipertonicidad y posición adelantada de los labios, provocando un perfil más convexo, favorecido en cierta medida por la protrusión de los incisivos superiores; otras alteraciones descritas y que se observan frecuentemente en la consulta son la deformación de los dedos que intervienen en el hábito, infección del tejido adyacente, problemas gastrointestinales y alteraciones del lenguaje como el “ceceo”⁽⁴⁾

El uso de auxiliares de diagnóstico requeridos son:

- Modelos de estudio
- Radiografía panorámica
- Radiografía lateral de cráneo
- Cefalometrías con sus respectivos análisis
- Fotografías intra y extraorales.

Tipo de maloclusión que provoca

- Mordida abierta anterior provocada por el hábito de succión digital del dedo pulgar entre las dos arcadas.
- Clase II de Angle⁽⁶⁾

Tratamiento

El tratamiento debe ser multidisciplinario, debido a que son diferentes elementos causales y es por esto por lo que el equipo se debe encontrar constituido por el médico pediatra que es el primer profesional que ve al niño, y que puede ir encaminando el tratamiento y referirlo al odontopediatra, también intervienen, psicólogo, ortodoncista y padres.⁽⁷⁾

Se recomienda

- Tratamiento conductual: con la finalidad de modificar la conducta mediante reforzamiento diferencial.
- Dispositivos ortopédicos: fijos y removibles con diferentes diseños, el más conocido es la rejilla lingual que actúa como una barrera contra la succión.
- Terapia miofuncional: se inicia pasados los tres años porque el niño necesita desear abandonar el hábito, la terapia realiza procedimientos y técnicas para reeducar el patrón muscular inadecuado como incompetencia labial, deglución atípica, alteración de la musculatura peri bucal, respiración bucal.

(8)

Succión labial

La succión labial es un mal hábito bucal en la cual se introduce el labio en la parte interior de la cavidad bucal causando no solo problemas funcionales, si no también problemas estéticos. (9,10)

Etiología

Por lo general este hábito de succión labial se asocia a la protrusión labial de los incisivos superiores, en el cual el labio superior se torna hipotónico y un desplazamiento de los incisivos inferiores; puede aparecer de forma espontánea o por imitación siendo más frecuente en los niños, puede manifestarse a cualquier edad, las causas pueden estar relacionadas con ansiedad, estrés, miedo, entre otras. (11,12)

Características clínicas

En pacientes con este hábito presentan ciertas características faciales comunes como un surco mentoniano marcado, un cierre labial forzado, músculos orbiculares de los labios hipertónicos y un crecimiento mandibular horizontal.

- Protrusión dentoalveolar superior
- Retroinclinación de incisivos inferiores

- Labio inferior hipertónico
- Incompetencia labial
- Hipertrofia del musculo mentoniano
- Incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina ⁽¹¹⁾

Este hábito implica cambios en las características de la membrana mucosa de los labios (y a veces la lengua o la mucosa bucal), debido a la irritación crónica del tejido.

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico

El diagnóstico es clínico y se basa en la anamnesis y el examen objetivo con el hallazgo de las lesiones producidas en el labio. ⁽¹³⁾

El uso de auxiliares de diagnóstico requeridos son:

- Modelos de estudio
- Radiografía panorámica
- Radiografía lateral de cráneo
- Cefalometrías con sus respectivos análisis
- Fotografías intra y extraorales.

Tipo de maloclusión que provoca

- Mordida profunda
- Retrognatismo mandibular ⁽¹⁰⁾

Tratamiento

El tratamiento para la eliminación del hábito es la utilización de un lip bumper, el cual es un aparato ortopédico fijo y pasivo que posee de uno a dos escudos de acrílico en el sector anterior; este aparato separa el labio inferior de los incisivos superiores, va a influenciar en el desarrollo de la arcada inferior y produce una expansión espontanea de dicha arcada. ⁽¹¹⁾

Onicofagia

La onicofagia es uno de los hábitos más frecuentes en la sociedad; aquellos que la padecen se muerden las uñas de manera obsesiva, a veces incluso de forma inconsciente e incontrolada, esto puede tener consecuencias negativas en la salud dental. ⁽¹⁴⁾

Etiología

La etiología de la onicofagia es difícil de determinar, se puede observar en distintos casos, por ejemplo, personas muy ansiosas, por imitación, angustia o cuando han recibido algún regaño. Cuando se asocia a otros problemas, se vuelve aún más complejo, tanto que incluso requiere de ayuda psicológica; en la adolescencia la onicofagia algunas veces se reemplaza mordiendo lápices, el cabello u otros objetos que se tengan a la mano. ⁽¹⁵⁾

Características clínicas

- Lesiones físicas. La mayoría de personas que padece onicofagia lo hacen de forma inconsciente, no perciben que se están mordiendo las uñas hasta que sienten dolor físico; en muchas ocasiones este hábito ocasiona mal crecimiento de las uñas, deterioro de las uñas y los dedos por lesiones en la piel.
- Abrasión del esmalte
- Microfracturas en el esmalte de los órganos dentales, sobre todo en los incisivos superiores.
- Puede provocar problemas en la articulación temporomandibular, debido a que este hábito induce a un adelantamiento forzado de la mandíbula.
- Las bacterias y demás microorganismos que se encuentran debajo de las uñas pueden originar problemas en las encías y úlceras bucales. ⁽¹⁶⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico

Al realizar la valoración clínica se lleva un examen extrabucal y se observa los miembros superiores, las manos y sus partes como los dedos, uñas y cutículas incluyendo la forma y el tamaño de los labios y nariz; se puede observar si el paciente presenta las uñas roídas, destrozadas o arrancadas del lecho ungueal, también se puede observar que presentan tejido expuesto y lesionado llegando a sangrar, se realiza el examen intrabucal realizando la exploración de los órganos dentales superiores e inferiores. ⁽¹⁷⁾

El uso de auxiliares de diagnóstico requeridos son:

- Modelos de estudio
- Radiografía panorámica
- Radiografía lateral de cráneo
- Cefalometrías con sus respectivos análisis
- Fotografías intra y extraorales.

Maloclusión que provoca

- Mordida borde a borde

Tratamiento

- Terapia cognitivo conductual
- Estímulos aversivos que consisten en impregnar las uñas con una sustancia amarga
- En casos aislados pueden usarse antidepresivos (clomipramina) ⁽¹⁸⁾

Respiración bucal

La respiración bucal es aquella donde la persona en vez de respirar por la nariz (como sería de forma correcta) respira por la boca; esto representa un problema, debido a que cuando el aire entra por la nariz, se calienta y se limpia al pasar por

los cornetes; por el contrario, cuando entra por la boca el aire no se calienta ni se limpia. ⁽¹⁹⁾

Etiología

La etiología que produce la respiración bucal puede catalogarse en dos tipos:

1. Por obstrucción funcional o anatómica: se provoca por la presencia de un obstáculo anatómico el cual no permite el paso del flujo normal del aire a través de ellas. Por ejemplo, presencia de adenoides hipertróficas, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, impiden la inhalación de flujo normal de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma bucal.

2. Por hábito: como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales el individuo respira por la boca; a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración bucal transformándose en costumbre. ⁽²⁰⁾

Características clínicas

Aquellos que presentan este hábito poseen generalmente paladares ojivales, arcadas inferiores estrechas, mordidas cruzadas, abiertas o muy profundas y presencia de hábitos parafuncionales, como la deglución atípica, entre otras. ⁽²¹⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico

Para poder evaluar si un paciente es respirador bucal o no, se debe estar atento desde el momento en el que el paciente ingresa al consultorio, su manera de hablar de expresarse, sus rasgos y características faciales, y si mantiene los labios cerrados o abiertos cuando está en reposo. Posteriormente se procede a la anamnesis y al interrogatorio clínico. Finalmente se evalúa clínicamente la presencia de maloclusiones, la posición de la lengua, la forma del paladar, si posee incompetencia labial y la presencia de gingivitis, que son parte de las características que poseen los pacientes respiradores bucales ⁽²²⁾

El reflejo nasal de Gudin: Se le debe indicar al paciente que mantenga la boca bien cerrada, posteriormente se comprimen las alas de la nariz durante 20 a 30 segundos, soltándolas rápidamente; al liberar la nariz la respuesta refleja será una dilatación inmediata de las alas nasales, en pacientes respiradores bucales la dilatación será muy poca o inexistente y por lo general tienden a auxiliarse abriendo ligeramente la boca para inspirar. ⁽²³⁾

El uso de auxiliares de diagnóstico requeridos son:

- Modelos de estudio
- Radiografía panorámica
- Radiografía lateral de cráneo
- Cefalometrías con sus respectivos análisis
- Fotografías intra y extraorales.

Maloclusión que provoca

- Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual.
- Mordida cruzada posterior uni o bilateral.

Tratamiento

Lo primero a realizar es eliminar el factor causal de la respiración bucal, y posteriormente rehabilitar la musculatura realizando ejercicios funcionales para fortalecer los músculos peribucales; de esta manera, se promueve el cierre de los labios. Los ejercicios respiratorios son sumamente importantes, ya que el paciente está acostumbrado a respirar por la boca y debe aprender a hacerlo por la nariz; el tratamiento de apoyo que realiza el ortodoncista es la colocación de una placa vestibular que impide la penetración del aire por la cavidad bucal y por tanto, obliga al paciente a que respire por las fosas nasales. ⁽²⁴⁾

Bruxismo

Se define como la actividad músculo-mandibular repetitiva caracterizada por apretamiento o rechinamiento de los órganos dentales o por el apretamiento dental

y empuje mandibular, el cual tiene dos diferentes manifestaciones circadianas, pudiendo ocurrir durante la vigilia (bruxismo en vigilia) o durante el sueño (bruxismo del sueño) ⁽²⁵⁾

Etiología

Los factores etiológicos implicados en el bruxismo diurno adoptan la forma de depresión afectando a los músculos masetero y temporal en cambio el bruxismo nocturno en el cual se da el rechinar de los órganos dentales participan los músculos pterigoideo interno y externo; la forma más severa del trastorno la que provoca alteraciones más serias y dolorosa se conocen como bruxismo destructivo.

Desde el punto de vista estructural el bruxismo es consecuencia de interferencias oclusales, las cuales provocarían los movimientos disfuncionales de la mandíbula, por el contrario, según el modelo funcional, son los factores psicológicos y el estrés los que pueden jugar un importante papel a la hora de promover y perpetuar el hábito. ⁽²⁶⁾

Características clínicas

Principalmente desgaste de los órganos dentales y en casos extremos fracturas dentales. Pero lo primero de lo que suele quejarse el paciente es de dolor en la articulación y en los músculos que puede irradiarse hacia la cara, cuello, espalda y/o provocar dolor de cabeza. ⁽²⁷⁾

1. Dentarios

- Desgaste de los órganos dentales (esmalte y dentina)
- Erosiones cervicales
- Movilidad dental
- Fracturas dentales
- Ruidos oclusales

2. Neuromusculares.

- Fatiga muscular
- Dolor muscular (en la cara, cuello y espalda)

- Hipertrofia de los músculos maseteros
3. Articulación temporomandibular
- Dolor articular
 - Ruido articular.
 - Disfunción de ATM y trastornos temporomandibulares
4. Oído
- Dolor
 - Tinnitus

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico

La principal dificultad de esta disfunción es su diagnóstico. Al tratarse de un acto inconsciente, que se realiza al margen de las habituales acciones en las que se mastica o se deglute y, en la mayoría de los casos, durante las primeras horas de sueño, muchas veces no se pone remedio hasta que los daños en la cavidad bucal son evidentes; debido a que el bruxismo provoca efectos en diferentes partes del sistema masticatorio, el diagnóstico se realiza de forma indirecta observando el desgaste de los órganos dentales y la tensión de los músculos.

El uso de auxiliares de diagnóstico requeridos son:

- Modelos de estudio
- Radiografía panorámica
- Radiografía lateral de cráneo
- Cefalometrías con sus respectivos análisis
- Fotografías intra y extraorales.

Maloclusión que provoca

En este caso debe existir una maloclusión previa para que se genere el bruxismo

Tratamiento

El tratamiento con el objetivo de minimizar los efectos perjudiciales mediante la consecución de una oclusión estable y con la ayuda de férulas de descarga; si ya existe mucho desgaste de los órganos dentales es muy importante rehabilitarlos

para que así tengan la forma y altura adecuada, ya que, de otro modo será muy difícil conseguir la oclusión adecuada. Cuando no es posible mejorar la oclusión, de forma preventiva es aconsejable la colocación de una férula de descarga. ⁽²⁸⁾

Las férulas se suelen colocar durante el sueño; además de evitar el desgaste, solucionan los otros síntomas derivados del bruxismo: dolores de cabeza, oído, cuello. En casos muy severos, se pueden utilizar medicamentos como el triptizol, que alteran las fases del sueño, lo que parece evita como efecto colateral el hábito bruxista. ⁽²⁹⁾

Mordedura de objetos

Definición

Es un hábito muy común entre los estudiantes, muchos mordisquean casi cualquier objeto que tienen entre las manos: bolígrafos, lápices, palitos para mezclar el café, tapones de las botellas de plástico, entre otros. ⁽³⁰⁾

Etiología

Es una imagen muy frecuente, la de un estudiante mordiendo un lápiz o un bolígrafo mientras realiza sus tareas académicas. Un gesto en principio inofensivo pero que, en realidad, puede tener consecuencias negativas sobre la salud bucodental y puede estar causado por una situación de estrés, miedo o aburrimiento. ⁽³¹⁾

Características clínicas

Además de trastornos digestivos por posible presencia de bacterias en el objeto, esta acción frecuente de morder objetos puede provocar desgaste y hasta fractura del esmalte de los órganos dentales. ⁽³²⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico

El diagnóstico es meramente clínico, en los tejidos blandos a nivel externo es característica la facies que presentan estos pacientes debido a la hipertonicidad y posición adelantada de los labios, resultando un perfil más convexo, favorecido en cierta medida por la protrusión dental. ⁽⁴⁾

El uso de auxiliares de diagnóstico requeridos son:

- Modelos de estudio
- Radiografía panorámica
- Radiografía lateral de cráneo
- Cefalometrías con sus respectivos análisis
- Fotografías intra y extraorales.

Maloclusión que provoca

- Mordida abierta anterior
- Clase II de Angle ⁽⁶⁾

Tratamiento

- Técnicas de respiración y relajación; una buena opción es tomar clases de yoga.
- Hacer actividad física por lo menos 30 minutos al día, ir al gimnasio, correr, andar en bicicleta o bailar, la idea es liberar endorfinas.
- Mantener las manos ocupadas con pelotitas antiestrés o algún otro objeto suave que se pueda presionar para liberar tensiones.
- Si se muerde las cosas por costumbre, se puede asistir a programas de modificación de conductas. ⁽³³⁾

A través del tiempo la literatura ha reportado que los hábitos no fisiológicos como los mencionados anteriormente, traen diversas consecuencias faciales y algunos problemas como fonéticos, y maloclusión.

Oclusión

En odontología se entiende por oclusión la variada y compleja gama de relaciones entre los órganos dentales del mismo arco, de ambas arcadas, y de ellos con el resto de las estructuras y tejidos blandos bucofaciales y peri-dentales, en el caso del contacto entre ellos y durante todos los movimientos funcionales de la mandíbula. ⁽³⁴⁾

Maloclusión

La maloclusión es definida como una oclusión anormal en la cual los órganos dentales no están en una posición adecuada en relación con los órganos dentales adyacentes del mismo maxilar, o con los opuestos cuando los maxilares están en cierre, no debe ser considerada una enfermedad sino una variación morfológica, la cual puede o no estar asociada a una condición patológica. ⁽³⁵⁾

- **Etiología**

Las maloclusiones no tienen una causa específica o conocida, son variaciones más o menos acentuadas del crecimiento y desarrollo del individuo. Los agentes etiológicos son factores intrínsecos o locales, y factores extrínsecos o generales. ^(36,37)

- **Factores extrínsecos**

Son aquellos factores que actúan a distancia en algunas ocasiones durante la formación del individuo y por lo tanto son difícilmente controlables por el odontólogo, a excepción de los hábitos bucales parafuncionales, en estos casos la contención debe ser más prolongada e incluso puede llegar a ser permanentes. ⁽³⁸⁾

- Herencia

Existe un determinante genético que es definido y llega a afectar la morfología dentofacial, aunque puedan ser modificados por el ambiente prenatal, el patrón de crecimiento y desarrollo posee un fuerte componente hereditario.

- a) Influencia racial hereditaria: en las poblaciones puras no suelen encontrarse maloclusiones, sin embargo, en las poblaciones con gran mezcla de raza las frecuencias de las discrepancias en el tamaño de los maxilares y los trastornos oclusales son bastante mayores
- b) Tipo facial hereditario:
- 1-Braquiocefálico o cabezas anchas y redondas (ver figura No. 1)
 - 2-dolicocéfalo o cabezas largas (ver figura No. 2)
 - 3- mesocefálico una forma intermedia (ver figura No. 3)
- c) Influencia hereditaria en el patrón de crecimiento y desarrollo: la consecuencia del patrón morfogenético final está influenciada por la herencia, es decir, si un niño tiene una erupción tardía, sus hermanos también la van a tener. ⁽³⁸⁾

Figura No. 1 Tipo facial braquicefálico



Fuente: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-19/>

Figura No. 2 Tipo facial dolicocefalo



Fuente: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-19/>

Figura No. 3 Tipo facial mesocefálico



Fuente: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-19/>

- Medio ambiente

Influyen diferentes medios como:

Influencia prenatal:

- a) Posición intrauterina del feto
- b) Fibromas uterinos: causan asimetría del cráneo y de la cara
- c) Rubeola y uso de drogas: son responsables por anomalías congénitas, incluyendo la maloclusión.

Dieta y metabolismo materno: la maduración y mineralización de los tejidos duros de los órganos dentales antes del nacimiento, dependen del metabolismo intrauterino, pues parte del calcio transferido para el feto se almacena en el esqueleto materno, durante el desarrollo dentario, el calcio atraviesa la barrera placentaria y se deposita en la dentina; en el nacimiento, puede ocurrir una modificación metabólica, que afecte la formación del órgano dentario, la deposición rítmica de la dentina y esmalte se altera, dando origen a la llamada línea neonatal, que puede encontrarse en los órganos dentales temporales y permanentes en formación, en el nacimiento.⁽³⁹⁾

Influencia posnatal:

- a) Ingestión de antibióticos: la tetraciclina, administrada en niños de 2 meses a 2 años llega a provocar pigmentación e hipoplasia en los órganos dentales permanentes.
 - b) Lesiones traumáticas al nacer
 - c) Fractura del cóndilo
 - d) Tejido cicatrizal por quemaduras
 - e) Lesiones en el nacimiento con anquilosis condilar
- Ambiente metabólico y enfermedades predisponentes

La poliomielitis, distrofia muscular, endocrinopatías principalmente de la hipófisis, tiroides y paratiroides son algunas patologías que pueden causar maloclusión.

Las disfunciones endocrinas llevan a la hipoplasia de los órganos dentarios, retraso o aceleración del crecimiento y desarrollo, disturbios en el cierre de las suturas, en la erupción y en la resorción de los órganos dentarios temporales.

El hipotiroidismo provoca el cretinismo, ocasionando un arco dentario disminuido, macroglosia, retraso en el período de erupción y en el desarrollo de la dentina y de la raíz; en el cretinismo y en el hipotiroidismo infantil se encuentra la hipoplasia de esmalte y erupción retrasada.

- Problemas dietéticos (Deficiencia nutricional)

Entre los desórdenes sistémicos que afectan el desarrollo dentario, están los disturbios nutritivos con carencia proteica, deficiencia de ácidos grasos esenciales y diversas carencias de vitaminas y minerales.

Los gérmenes dentarios en formación son sensibles a las restricciones nutritivas avanzadas que acarrear alteraciones morfológicas y celulares; todas las deficiencias nutritivas pueden producir disturbios en la amelogénesis, pues los ameloblastos son células muy sensibles. ⁽³⁸⁾

- Postura

La maloclusión dentaria se encuentra muy relacionada con la postura del paciente y la dinámica funcional, la postura corporal inadecuada en general, es acompañada por un posicionamiento anormal de la cabeza, pudiendo reflejarse en el crecimiento anormal de las bases óseas; de ahí la importancia de la evaluación de la postura en las diferentes formas de maloclusión dentaria.

- Accidentes y traumatismos

Gracias a la estrecha relación entre los ápices de los órganos dentales temporales y los gérmenes de los permanentes, el trauma sobre los órganos dentales temporales es fácilmente transmitido a los órganos dentales permanentes; esta acción puede no causar daño, o interferir en el desarrollo del órgano dentario, resultando en diversas malformaciones.

Las siguientes alteraciones pueden ser encontradas:

- a) Decoloración del esmalte, produciéndose manchas de tonalidad blanca o amarillo acastañado.
- b) Hipoplasia del esmalte en el sentido horizontal.
- c) Dilaceración coronaria.

- d) Malformación semejante a un odontoma.
- e) Duplicación de la raíz.
- f) Dilaceración radicular
- g) Interrupción parcial o total de la formación radicular.
- h) Desaparición de todo el germen dentario.
- i) Impactación del órgano dentario permanente.
- j) Erupción ectópica, prematura o retrasada.

Los órganos dentales temporales desvitalizados pueden presentar patrones de resorción anormal, desviando el sucesor permanente o, acelerando su erupción debido a la pérdida ósea y al aumento de la vascularización, en casos más graves puede ocurrir la erupción de la corona sin que haya formación radicular.

El tipo de malformación resultante depende de la intensidad de la agresión y de la fase de formación del órgano dental.

- Hábitos parafuncionales y presiones anormales

Estos ya han sido descritos anteriormente, ya que es nuestro tema de interés

Factores intrínsecos

Son factores más directamente relacionados a la cavidad bucal y perfectamente controlables por el odontólogo; estos deben ser detectados y eliminados.⁽³⁸⁾

En los que se encuentran:

- Anomalías de número

Órganos dentarios supernumerarios: son órganos dentarios adicionales que se desarrollan en los maxilares, la presencia de estos se ha clasificado dentro del grupo de factores locales de tipo dentario que altera el desarrollo oclusal normal y contribuye al establecimiento de una maloclusión.⁽⁴⁰⁾

Pueden estar incluidos o erupcionados, pueden tener forma de los órganos dentales normales y causan alteraciones como diastemas, desviaciones de erupción, impactaciones, entre otras. ⁽³⁸⁾

Ausencias dentarias: es una anomalía que describe la falta de formación del órgano dental, debido a una alteración en la lámina dental que impide la consecuente formación del germen dental; puede presentarse de forma única o múltiple, denominándose hipodoncia, cuando la ausencia es de 1 a 6 órganos dentales, oligodoncia o anodoncia parcial cuando faltan más de 6 órganos dentales y anodoncia total cuando no hay presencia de órganos dentales ⁽⁴¹⁾

- Anomalías de tamaño

Macrodoncia: es el término utilizado para designar a los órganos dentales que son más grandes de lo normal, es de etiología desconocida, pero se asocia con un patrón de herencia autosómico dominante, se describen dos tipos:

- Macrodoncia parcial: se presenta en uno o más órganos dentales cuya anatomía puede ser normal o con deformidad coronal.
- Macrodoncia generalizada: órganos dentales más grandes en ambas arcadas; se subdivide en macrodoncia generalizada verdadera, como en el gigantismo hipofisario; en la macrodoncia generalizada relativa, los maxilares son más pequeños de lo normal, pero los órganos dentales son normales ⁽⁴²⁾

Microdoncia: este término se utiliza para los órganos dentales que tienen un tamaño o volumen más pequeño de lo normal, según el número de órganos dentales afectados por microdoncia se reconocen dos tipos:

- a. Microdoncia parcial: esta es la más común y se presenta en uno o más órganos dentales, cuya anatomía puede ser normal o con deformidad coronal.
- b. Microdoncia generalizada: los órganos dentales de ambas arcadas son uniformemente más pequeños de lo normal, lo que ocurre en enfermedades

raras como el enanismo hipofisario, donde esta patología dental se denomina microdoncia generalizada verdadera, para diferenciarla de la microdoncia generalizada relativa, donde los maxilares son más grandes de lo normal, dando una falsa impresión de órganos dentales pequeños.

Otros síndromes que pueden presentar microdoncia son: síndrome de Down, microsomía hemifacial y displasia ectodérmica anhidrótica hereditaria ⁽⁴²⁾

- Anomalías de forma

Las anomalías de forma están íntimamente relacionadas con las anomalías de tamaño; la más encontrada es la forma conoide que acomete los incisivos laterales y los terceros molares, además de las formas conoides también se puede mencionar: cúspides extras, geminación, fusión, molares en forma de frambuesa, entre otros.

- Frenillos labiales

Los frenillos labiales con inserción baja normalmente causan diastemas entre los incisivos centrales, cuando el frenillo labial es patológico al levantar el labio superior se verifica una isquemia en la región de la papila incisiva ⁽³⁸⁾

- Pérdida prematura de órganos dentarios temporales

Esta ocurre cuando los órganos dentales se exfolian o son extraídos antes del momento fisiológico de recambio, siendo el periodo de tiempo transcurrido entre la pérdida y la erupción del órgano dentario sucesor lo que determina que ésta sea prematura, las consecuencias de las pérdidas prematuras incluyen cambios en el plano sagital, pérdida de perímetro y longitud de arco, con la consecuente pérdida de espacio disponible para la alineación de los órganos dentales permanentes que produce apiñamiento, erupción ectópica o impactación de estos. ⁽⁴³⁾

- Retención prolongada de dentición temporal

La retención prolongada puede ser causada por:

- a. falta de sincronía con el proceso de rizólisis y rizogénesis
- b. rigidez del periodonto
- c. anquilosis del órgano dental temporal
- d. ausencia del permanente.

Como consecuencia se presentan desvíos en la erupción del permanente o su erupción retrasada, además de modificaciones en el perímetro del arco. ⁽³⁸⁾

- Erupción tardía

Causada por la presencia de supernumerarios en algunos casos, la raíz de algún órgano dental temporal, barrera de tejido fibroso u óseo; como consecuencia puede ocurrir la dilaceración radicular y la pérdida del órgano dentario, principalmente en los superiores anteriores. ⁽³⁹⁾

- Vía de erupción anormal

Frecuentemente los órganos dentales tienen una vía de erupción anormal por falta de espacio en el arco dentario, por este motivo los órganos dentales que más encuentran dificultades para la erupción son los caninos superiores que permanecerán retenidos o erupcionan en una posición ectópica. ⁽³⁷⁾

- Caries dental

Las caries interproximales causan una reducción de la longitud del arco que provoca apiñamiento; siendo la principal causa de disminución en la longitud de arco, seguida de la pérdida prematura de los órganos dentales temporales. Si la caries es tan extensa que resulta necesario extraer los órganos dentales temporales, las pérdidas prematuras pueden tener repercusiones en el sistema estomatognático, como la ausencia del espacio necesario para la erupción correcta. ⁽⁴⁴⁾

✚ Clasificación

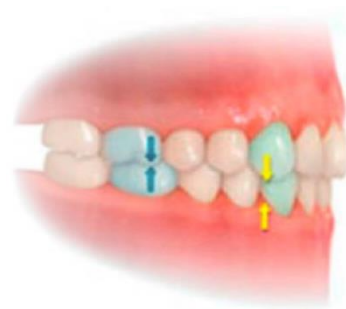
La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, la cual es importante hasta hoy, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere; la clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los órganos dentales más estables de la dentición y la referencia de la oclusión. ⁽⁴⁵⁾

Existen 6 posiciones distintas de los órganos dentales con maloclusión que pueden ocupar, las cuales son:

- Clase I
- Clase II división 1
 - Subdivisión
- Clase II división 2
 - Subdivisión
- Clase III

Clase I. Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el surco mesiovestibular del primer molar inferior. (Ver figura No. 4) ⁽⁴⁶⁾

Figura No. 4 Clase I molar de Angle



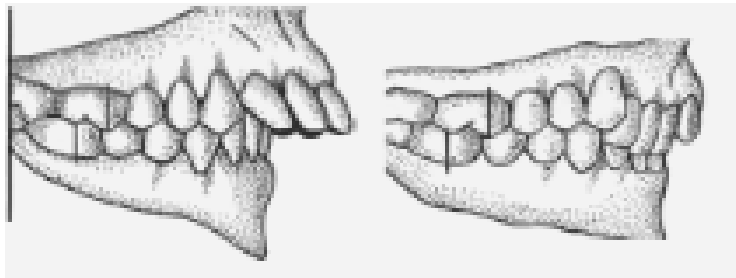
Fuente: <https://www.zendental.es/ortodoncia-infantil/maloclusiones-dentales/>

Clase II. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por mesial del surco mesiovestibular del primer molar inferior; existen 2 divisiones de la clase II, cada una teniendo una subdivisión, la gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos. ⁽⁴⁷⁾ (ver figura No. 5)

División 1: los incisivos superiores se encuentran en protrusión con un Overjet aumentado.

División 2: los incisivos centrales superiores se encuentran retroinclinados y los incisivos laterales presentan una inclinación vestibular.

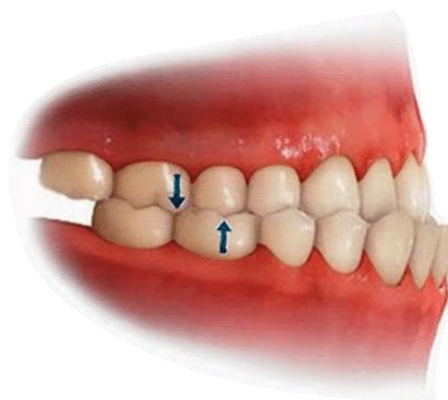
Figura No. 5 Clase II molar de Angle división 1 y división 2



Fuente: <https://sites.google.com/site/cicb2013velasquezfoitzick/4---segundo-caso-clinico/4-4---clase-iv/4-4-3-glosario>

Clase III. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por distal del surco mesiovestibular del primer molar inferior (ver figura No. 6)

Figura No. 6 Clase III molar de Angle



Fuente: <https://www.zendental.es/ortodoncia-infantil/maloclusiones-dentales/>

Maloclusiones transversales

Son las alteraciones de la oclusión en el plano horizontal o transversal que son independientes de la relación que existe en los planos sagital y vertical; por lo tanto, se puede encontrar maloclusiones transversales con una relación dental y esquelética de clase I, clase II o clase III. ⁽⁴⁸⁾

Se habla de mordida cruzada posterior cuando las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores, los órganos dentales inferiores desbordan lateralmente a las superiores, existe una situación intermedia entre la oclusión normal y la mordida cruzada que es la oclusión cúspide a cúspide, esta relación en que no hay una oclusión cúspide-fosa se considera una mordida cruzada incompleta; una mordida cruzada posterior puede afectar:

- Ambas hemiarquadas: mordida cruzada posterior bilateral.
- Una hemiarquada: mordida cruzada posterior unilateral, derecha o izquierda.
- Algún órgano dental aislado

La mordida en tijera se refiere en la situación en que las caras palatinas de molares y premolares superiores están en contacto con las caras vestibulares de las inferiores, habitualmente se observa la erupción ectópica por vestibular de un órgano dental aislado que causa persistencia de molares temporales, la causa es el déficit transversal de la mandíbula. ⁽⁴⁹⁾

Maloclusiones verticales

Sobremordida: se entiende como la relación dentaria en la que la superposición en sentido vertical de los incisivos superiores respecto a los inferiores es mayor a 3.5mm.

Mordida borde a borde: en esta el overjet y overbite son cero, es decir, los incisivos superiores e inferiores contactan en su porción incisal

Mordida abierta: esta es considerada cuando varios órganos dentales no logran

contactar con su antagonista, esta puede localizarse en órganos dentales anteriores o posteriores. ⁽⁵⁰⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico

Es importante el diagnóstico de las maloclusiones dentarias para poder evitar complicaciones que nos lleven a tratamientos muy complejos en la edad adulta.

Por esto es imprescindible realizar historia clínica previa, junto con una exploración, para llegar a este se sugiere el uso de auxiliares de diagnóstico como lo son:

- Modelos de estudio
- Radiografía panorámica
- Radiografía lateral de cráneo
- Cefalometrías con sus respectivos análisis
- Fotografías intra y extraorales ⁽⁵¹⁾

Tratamiento

El tratamiento de la maloclusión se realiza siempre en función a su etiología, de igual forma se puede dividir por etapas:

Preventivo

Existen una serie de métodos preventivos de la maloclusión que el odontólogo puede llevar a la práctica, esto consiste en educar y dar consejos para prevenir factores que influyen en el desarrollo de esta, además de, identificar los factores de riesgo que se puedan tener y qué son desencadenantes directos de la alteración: la alimentación, la caries dental, el espacio y la longitud de la arcada, los hábitos, entre otros. ⁽⁵²⁾

Existen aparatos preventivos fijos o removibles que nos ayudan a mantener el espacio de que ha dejado la caída de uno o varios dientes, como lo son: banda ansa, zapatilla distal, placa hawley con pónicos. ⁽⁵¹⁾

Interceptivo

La ortodoncia interceptiva es el tratamiento temprano de la maloclusión usando herramientas tales como: aparatología fija y removible, terapia miofuncional y ortopedia funcional de los maxilares.

Su objetivo es interrumpir el desarrollo de una maloclusión incipiente, es decir, son los medios por los cuales se puede limitar tempranamente una maloclusión con la finalidad de que la misma no avance y ocasione alteraciones de mayor severidad, pudiendo no estar referidas exclusivamente a los órganos dentales, sino también, al crecimiento y desarrollo de las estructuras óseas, afectando el aspecto facial. ⁽⁵³⁾

Correctivo

Se aplica cuando la maloclusión ya se ha instaurado y ha alterado el curso normal del complejo bucofacial, estos pueden ser una deformación de la forma del arco dentario o alteraciones en la función, suele estar indicada en jóvenes y en adultos; se utilizan tanto ortodoncia removible como ortodoncia fija (Brackets) que tienen como objetivo devolver la normalidad morfológica funcional y estética. ⁽⁵⁴⁾

Panorama epidemiológico

Kalowale y col. (2019) Nigeria, realizaron un estudio de tipo transversal para determinar la prevalencia de hábitos parafuncionales y maloclusión en niños de 6 a 12 años mediante recolección de datos con encuestas en los hogares, examen intrabucal y el Índice Estático Dental para evaluar las necesidades de tratamiento de ortodoncia; resultados: el hábito más común fue el de succión digital, los rasgos de maloclusión más comunes fueron 29.9% con espacios 21.7% con apiñamiento y 16.4% Overjet aumentado. ⁽⁵⁵⁾

Mamdouh y col. (2020) Reino de Arabia Saudita, realizaron un estudio de tipo transversal en 566 pacientes entre 7 y 15 años que acudían a la clínica odontológica de la universidad de Taif, con el fin de evaluar la prevalencia de hábitos parafuncionales, los datos se registraron mediante examen clínico; resultados se presentó protracción lingual 20.84%, succión digital 10.7% y respiración bucal 6.18%, además de presentarse en mayor porcentaje en el sexo masculino. ⁽⁵⁶⁾

Baeshen (2020) Arabia Saudita, realizó un estudio de tipo transversal en 672 mujeres de 12 a 16 años, se realizó a través de cuestionarios y exámenes clínicos. Resultados: 3.9% de población presentaba respiración bucal, onicofagia en el 39.6%, succión digital en 6.8% en cuanto a oclusión: protusión maxilar en el 11.1% mordida borde a borde 7.1% mordida abierta 3.1% mordida cruzada 1.3% ⁽⁵⁷⁾

Rueda y col. (2020) Venezuela, realizaron un estudio de tipo descriptivo, transeccional y de campo, en 68 adolescentes, con el fin de determinar la presencia de hábitos bucales parafuncionales con maloclusión moderada o severa, se les aplicó un cuestionario diseñado para la investigación. Resultados: los hábitos más prevalentes fueron la onicofagia 46,9% y la succión labial con el mismo porcentaje, seguido de la succión digital 28,1% y bruxismo 25%; se concluyó que para el grupo en estudio existe relación entre la presencia de maloclusiones dentales y los hábitos bucales parafuncionales. ⁽⁵⁸⁾

Espinal-Botero y col. (2016) México, realizaron un estudio observacional, transversal y comparativo en 2 grupos de pacientes con edades entre 4 y 15 años para comparar el tipo de maloclusión que se presenta con más frecuencia en las clínicas de odontopediatría de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y de la Universidad de Antioquia mediante exámenes bucales. Resultados 52.7% para Clase I tipo 1 para el grupo 1, para el grupo 2 23.6% Clase II división 1 y 25.5% clase III ⁽⁵⁹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hábito parafuncional es el resultado de una acción prolongada o la degeneración de una función normal, o bien como un acto innecesario, y su importancia radica en el hecho de que estos hábitos ejercen fuerzas perniciosas contra los órganos dentarios, los arcos dentarios y los tejidos blandos provocando alteraciones en la oclusión dental.

Los hábitos parafuncionales más frecuentes son la onicofagia, bruxismo, queilofagia, succión digital entre otros; son variables, así como el daño que causan en el sistema estomatognático; dependiendo del hábito pueden provocar: mordida abierta anterior, protusión dentoalveolar superior, incompetencia labial, hipertrofia de los músculos de la masticación, retrognatismo mandibular, abrasiones, desgaste y microfracturas de esmalte por mencionar algunas.

El tratamiento dependerá del grado de complejidad y el tiempo de evolución.

Estudios epidemiológicos revelan que los más frecuentes en adolescentes son: onicofagia 46,9% y la succión labial con el mismo porcentaje, seguido de la succión digital 28,1%, bruxismo 25% y respiración bucal 6.18%

Cómo consecuencia de estos se puede ver afectada la oclusión provocando infinidad de maloclusiones: la maloclusión se define como una oclusión anormal en la cual los órganos dentales no están en una posición adecuada en relación con los órganos dentales adyacentes del mismo maxilar, o con los opuestos cuando los maxilares están en cierre.

No tienen una causa específica, conocida, sino que son variaciones más o menos acentuadas del crecimiento y desarrollo del individuo; los agentes etiológicos son factores intrínsecos o locales, y factores extrínsecos o generales, donde resaltamos los hábitos parafuncionales que son nuestro tema de interés

Lo que nos lleva a hacernos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de hábitos parafuncionales y maloclusión dental en adolescentes de la secundaria “Oficial 539 José Revueltas” en el ciclo escolar 2022-2023?

OBJETIVOS

General

Identificar la frecuencia de hábitos parafuncionales y maloclusión dental en adolescentes de la secundaria “Oficial 539 José Revueltas” en el ciclo escolar 2022-2023.

Específicos

1. Identificar la frecuencia de hábitos parafuncionales y maloclusión dental en adolescentes del sexo masculino.
2. Identificar la frecuencia de hábitos parafuncionales y maloclusión dental en adolescentes del sexo femenino.
3. Identificar la frecuencia de hábitos parafuncionales y maloclusión dental en adolescentes de 1° año
4. Identificar la frecuencia de hábitos parafuncionales y maloclusión dental en adolescentes de 2° año
5. Identificar la frecuencia de hábitos parafuncionales y maloclusión dental en adolescentes de 3° año

MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo de estudio

Según Méndez y col.⁽⁶⁰⁾ se realizó un estudio de tipo observacional prospectivo, transversal, descriptivo.

B. Universo

284 adolescentes de la secundaria Oficial 539 José Revueltas

C. Muestra

No se realizó, se revisó a todo el universo

D. Criterios de inclusión

Adolescentes que presenten consentimiento informado firmado por madre, padre o tutor. (ver anexo No.1)

E. Criterios de exclusión

Adolescentes que no presenten el primer molar permanente (superior o inferior)

Adolescentes que no se presenten el día de la revisión

F. Variables

Variable	Definición	Operacionalización o categoría	Nivel y escala de medición
Hábito parafuncional	Costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, perjudicial para la salud ⁽⁶¹⁾	Encuesta 1 al 8 Items	Cualitativa nominal

Maloclusión	oclusión anormal en la cual los órganos dentales no están en una posición adecuada en relación con los órganos dentales adyacentes del mismo maxilar, o con los opuestos cuando los maxilares están en cierre ⁽³⁵⁾	Clasificación de Angle Clase I Clase II Clase II división 1 Clase II división 2 Clase III	Cualitativa nominal
Sexo	Características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de la especie humana ⁽⁶²⁾	Femenino Masculino	Cualitativa nominal
Grado escolar	Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos ⁽⁶³⁾	1°, 2°, 3°	Cualitativa ordinal

G. Instrumento de recolección de datos

Ficha epidemiológica con la clasificación de Angle para maloclusión en adolescentes de la secundaria “Oficial 539 José Revueltas” (ver anexo No.2)

Encuesta de hábitos parafuncionales en adolescentes de la secundaria “Oficial 539 José Revueltas” (ver anexo No.3).

H. Técnica

- Se proporcionó una copia a cada adolescente la cual consiste en una encuesta de hábitos parafuncionales con 8 ítems de respuesta de opción múltiple, por ejemplo: ¿Has notado que rechinas o aprietas los dientes?
Si () No ()
- Para ser contestada se les dio un tiempo de 5 minutos.
- Posteriormente se les indicó que formen dos filas; una de mujeres y otra de hombres para comenzar con la inspección extra e intra bucal, en cada una de las aulas de los adolescentes.
- Para ello se colocaron de una forma adecuada en donde la cabeza del adolescente debió de estar recta de forma en la que el plano de Frankfurt (conducto auditivo externo-punto infraorbitario) esté paralelo al suelo y perpendicular al eje corporal.
- Posteriormente se utilizó una ficha de trabajo que se colocó de perfil al paciente alineando los puntos glabella, subnasal y pogonion blando.
- De esta forma, si los 3 puntos quedan alineados tendremos un perfil recto, si el punto subnasal es más prominente se tendrá un perfil convexo y si el punto pogonion blando es el más prominente el perfil será cóncavo.
- Para evaluar el biotipo facial se utilizó un compás de madera con el que mediremos los tercios faciales
- Para evaluar de forma intra bucal serán sentados en una silla y se les pedirá que mantengan abierta la cavidad bucal por unos minutos
- Después que cierren hasta llegar a la oclusión.⁽⁶⁴⁾
- Posteriormente con ayuda de un abatelenguas y linternas frontales se observó clase molar de Angle, esta clasificación fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los órganos dentales más estables de la dentición y la referencia de la oclusión ⁽⁴⁵⁾

Clase I. Indicada por la oclusión normal de los primeros molares, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el surco mesiovestibular del primer molar inferior. ⁽³¹⁾

Clase II. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por mesial del surco mesiovestibular del primer molar inferior; existen 2 divisiones de la clase II, cada una teniendo una subdivisión, la gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos.

Clase III. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por distal del surco mesiovestibular del primer molar inferior. ⁽⁴⁷⁾

- Todo se realizará dentro de las aulas de la institución, cabe señalar que todo el material utilizado como abatelenguas, guantes, sobre guantes y ficha de trabajo será desechable y se cambiará con cada adolescente.

I. Recursos

Humanos

- Adolescentes de la secundaria oficial 539 José Revueltas
- Tesistas de la carrera de Cirujano Dentista pertenecientes a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza:
 - Jennifer Pérez Camacho
 - Nancy Guadalupe Rojas Cruz.
- Directora de tesis: Josefina Morales Vázquez
- Asesores de tesis:
 - Jesús Regalado Ayala
 - Verónica Escorza Mendoza

Materiales

- Copias del consentimiento informado
- Copias de la ficha epidemiológica de maloclusión
- Copias de la encuesta de hábitos parafuncionales
- Guantes
- Sobre guantes
- Abatelenguas
- Fichas de trabajo
- Compas de madera
- Bolsas de basura

Físicos

- Aulas escolares de la secundaria Oficial 539 José Revueltas

Financieros

- \$340 Solventados por las tesis.

J. Diseño estadístico

1. Recolección de los datos
2. Ordenar los datos de acuerdo a las variables
3. Llenar hoja tabular en programa Excel versión 18.0
4. Análisis estadístico
 - a. Frecuencia
 - b. Porcentaje
5. Elaboración de cuadros y figuras
6. Interpretación de resultados

Aspectos éticos y legales

Declaración de Helsinki

La Declaración de Helsinki es un documento que tiene el fin de regular a la comunidad médica en cuanto a investigación se refiere y es la base de muchos documentos subsecuentes. El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente todos los riesgos y beneficios al participar en el estudio investigación médica. Para que una persona sea participe de un estudio debe firmarse un consentimiento informado, el cual es un documento donde la persona acepta participar una vez que se le han explicado todos los riesgos y beneficios de la investigación, en forma libre, sin ninguna presión o amenaza de por medio y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando así lo decida. Otro principio es que el bienestar de la persona debe estar siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad. Se reconoce que cuando un potencial participante en una investigación no cuenta con la competencia física y/o mental y es incapaz de consentir y en el caso de menores de edad, el consentimiento debe darlo otra persona que vele por el mejor interés del individuo. ⁽⁶⁵⁾

La Ley General de Salud dice que la investigación para la salud abarca el desarrollo de acciones que contribuyen en el conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren como prioridad para la población, al conocimiento y control de los malos efectos provocados del ambiente en la salud, al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y a la producción nacional de materias para la salud.

La investigación en los individuos debe ser adaptada a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que aporten soluciones a problemas de salud y al desarrollo de nuevos descubrimientos de la ciencia médica, podrá llevarse a cabo sólo cuando el conocimiento que se pretenda

producir no pueda obtenerse por otro método apto, se deberá contar con el consentimiento por escrito de la persona en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud, sólo podrá llevarse a cabo por profesionales de la salud en instituciones médicas que estén bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes, el profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación. ⁽⁶⁶⁾

RESULTADOS

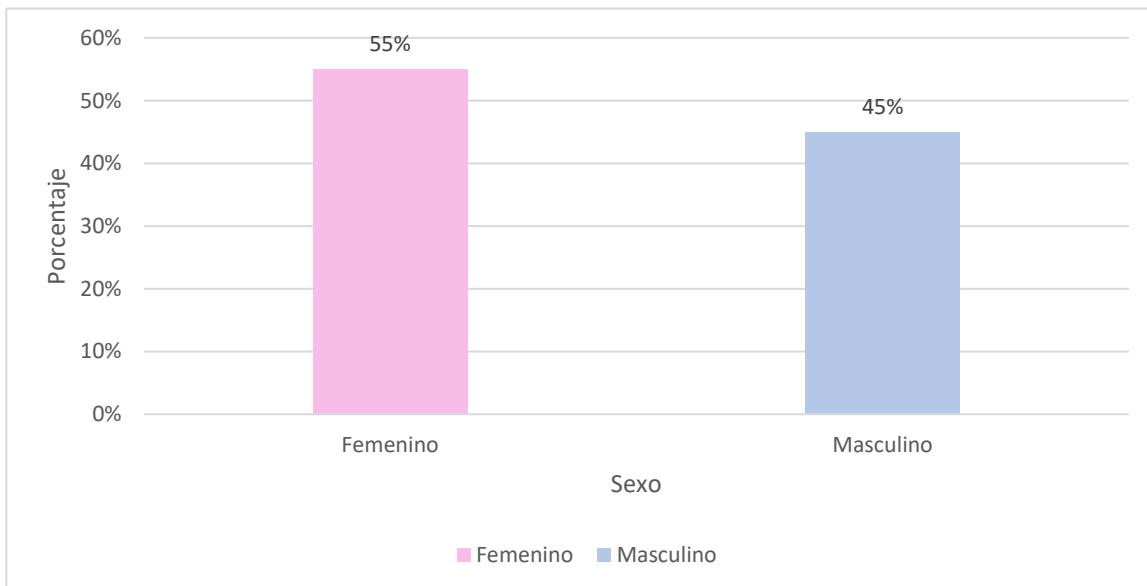
El total de adolescentes inscritos en la Escuela Oficial 539 José Revueltas fueron 284, de los cuales, siguiendo con los criterios de inclusión y exclusión el consentimiento informado firmado por el padre, madre o tutor solo fue entregado por 184 adolescentes, con los cuáles se realizó en análisis de resultados revisados fueron 184 que representa el 100%, de los cuales (102) 55% fueron del sexo femenino y (82) 45% del sexo masculino, como podemos ver se revisaron más adolescentes del sexo femenino. (ver cuadro y figura No.1)

Cuadro No.1 Frecuencia y porcentaje de adolescentes revisados de la secundaria “Oficial 539 José Revueltas” en el ciclo escolar 2022-2023, por sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	102	55
Masculino	82	45
Total	184	100

*FD

Figura No.1 Porcentaje de adolescentes revisados de la secundaria “Oficial 539 José Revueltas” en el ciclo escolar 2022-2023, por sexo.



*FD

*FD: Pérez CJ, Rojas CNG

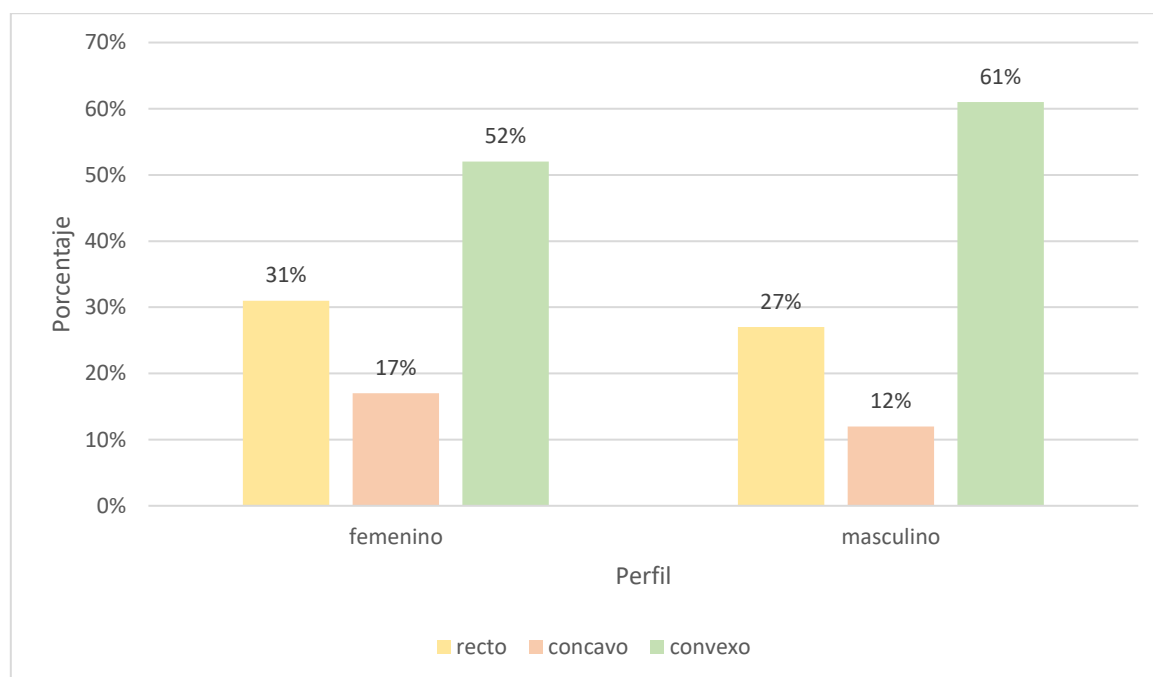
Del total de adolescentes revisadas del sexo femenino, (32) 31% presentaron perfil recto, (17) 17% cóncavo, (53) 52% convexo; del sexo masculino (22) 27% recto, (10) 12% cóncavo y (50) 61% perfil convexo, como podemos ver el mayor porcentaje corresponde al perfil convexo en el sexo masculino. (Ver cuadro y figura No.2)

Cuadro No.2 Frecuencia y porcentaje del tipo de perfil por sexo

Sexo	Recto		Cóncavo		Convexo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Femenino	32	31	17	17	53	52	102	100
Masculino	22	27	10	12	50	61	82	100

*FD

Figura No.2 Porcentaje del tipo de perfil por sexo



*FD

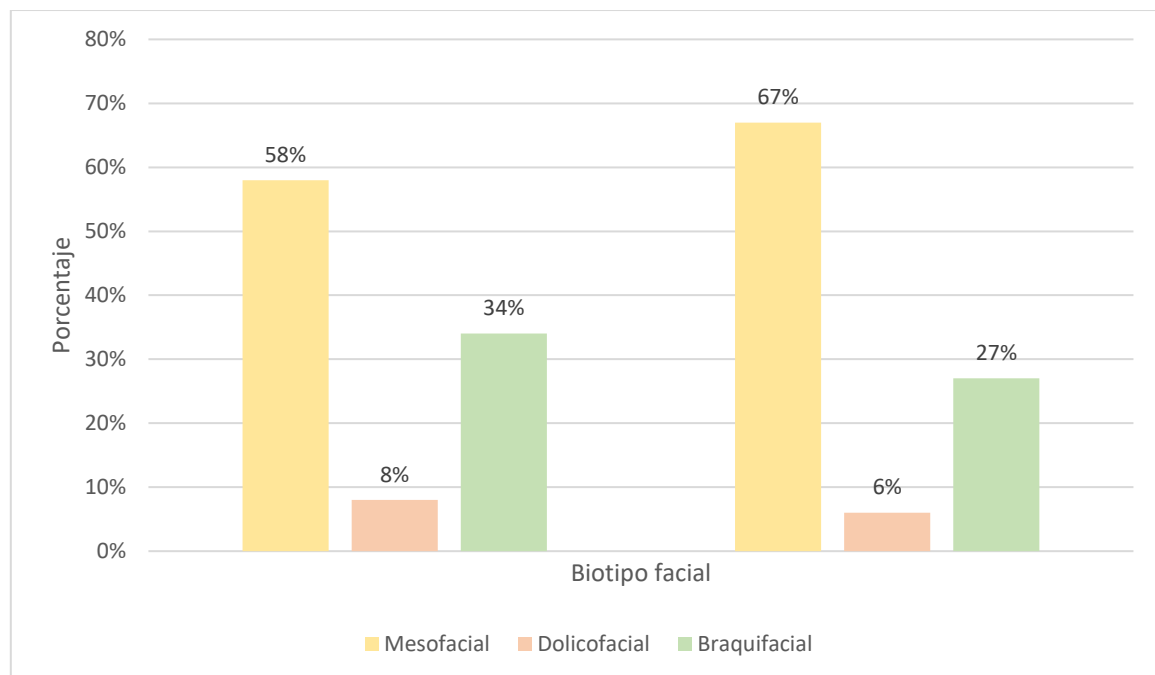
Del total de adolescentes revisados del sexo femenino, (59) 58% presentaron biotipo mesofacial, (8) 8% dolicofacial y (35) 34% braquifacial; del sexo masculino (55) 67% mesofacial, (5) 6% dolicofacial y (22) 27% braquifacial, como podemos ver el mayor porcentaje de biotipo facial corresponde al mesofacial en el sexo masculino. (Ver cuadro y figura No.3)

Cuadro No.3 Frecuencia y porcentaje del biotipo facial por sexo

Sexo	Mesofacial		Dolicofacial		Braquifacial		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Femenino	59	58	8	8	35	34	102	100
Masculino	55	67	5	6	22	27	82	100

*FD

Figura No.3 Porcentaje del biotipo facial por sexo



*FD

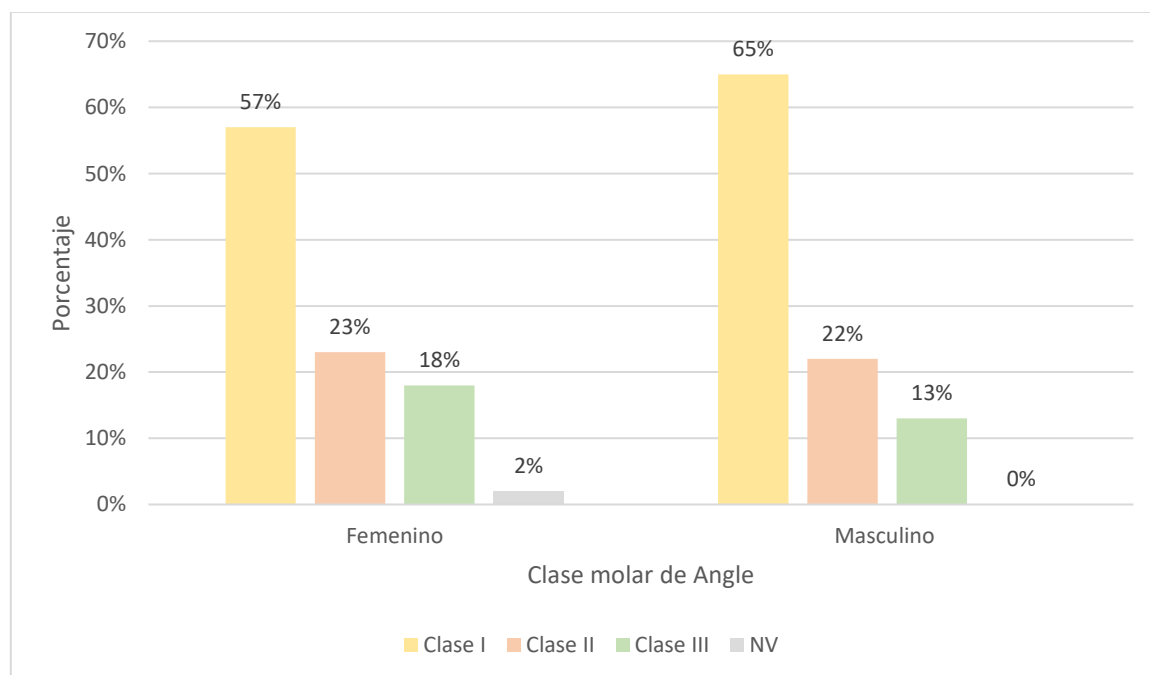
Del total de adolescentes revisados del sexo femenino, (58) 57% presentaron clase molar I de Angle, (24) 23% clase II, (18) 18% clase III y (2) 2% no valorable, del sexo masculino (54) 65% clase I, (18) 22% clase II, (10) 13% clase III y (0) 0% no valorable; por lo que podemos ver el mayor porcentaje corresponde a clase I en el sexo masculino. (Ver cuadro y figura No.4)

Cuadro No.4 Frecuencia y porcentaje de clase molar por sexo

Sexo	Clase I		Clase II		Clase III		NV		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	58	57	24	23	18	18	2	2	102	100
M	54	65	18	22	10	13	0	0	82	100

*FD

Figura No.4 Porcentaje de clase molar por sexo



*FD

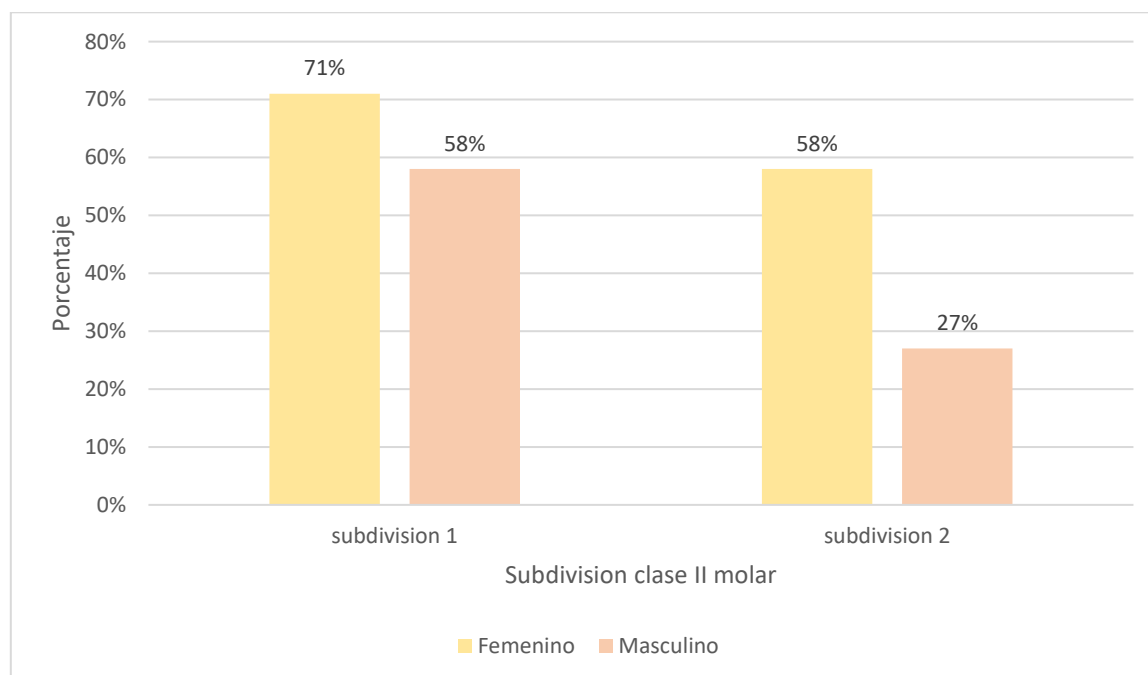
Del total de adolescentes que presentaron clase molar II de Angle, del sexo femenino (5) 71% presentaron subdivisión 1 y (2) 29% subdivisión 2, del sexo masculino (7) 58% subdivisión 1 y (5) 42% subdivisión 2; como podemos ver el mayor porcentaje corresponde a subdivisión 1 en el sexo femenino. (Ver cuadro y figura No.5)

Cuadro No.5 Frecuencia y porcentaje de subdivisión de clase II molar por sexo

Sexo	Subdivisión 1		Subdivisión 2		Total	
	f	%	f	%	f	%
F	5	71	2	29	7	100
M	7	58	5	42	12	100

*FD

Figura No.5 Porcentaje de subdivisión de clase II molar por sexo



*FD

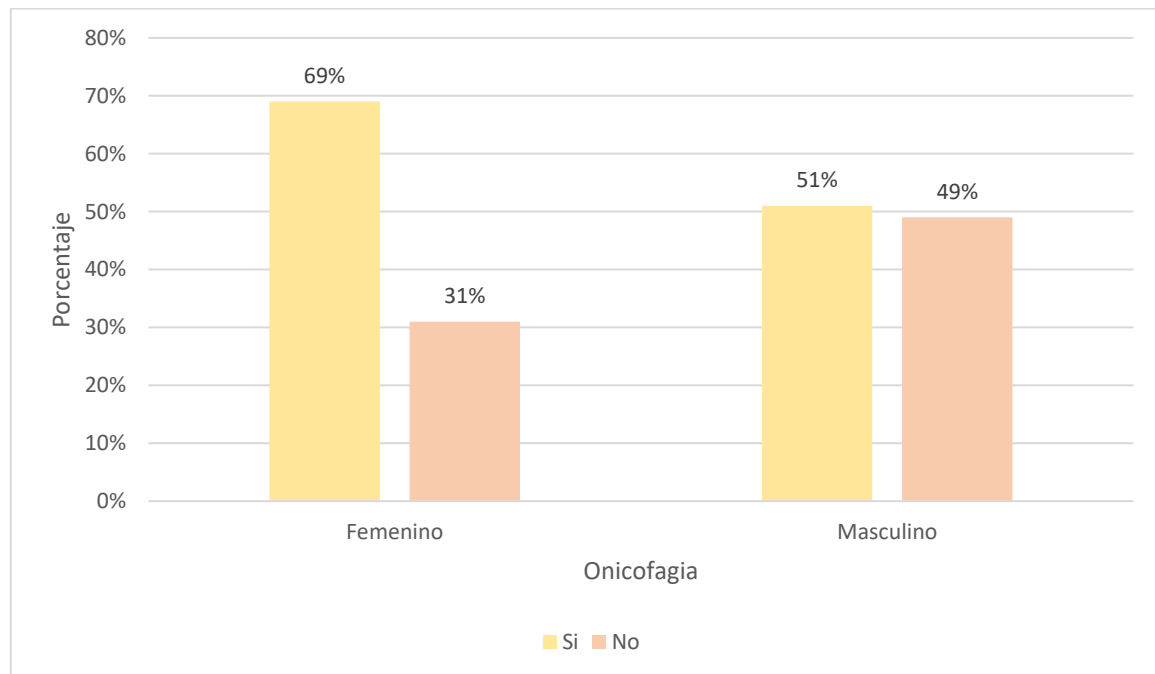
Del total de adolescentes del sexo femenino (70) 69% refiere presentar onicofagia y (32) 31% no, del sexo masculino (42) 51% si presentaron y (40) 49% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentaron onicofagia en el sexo femenino. (Ver cuadro y figura No. 6)

Cuadro No.6 Frecuencia y porcentaje de onicofagia por sexo

Sexo	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Femenino	70	69	32	31	102	100
Masculino	42	51	40	49	82	100

*FD

Figura No.6 Porcentaje de onicofagia por sexo



*FD

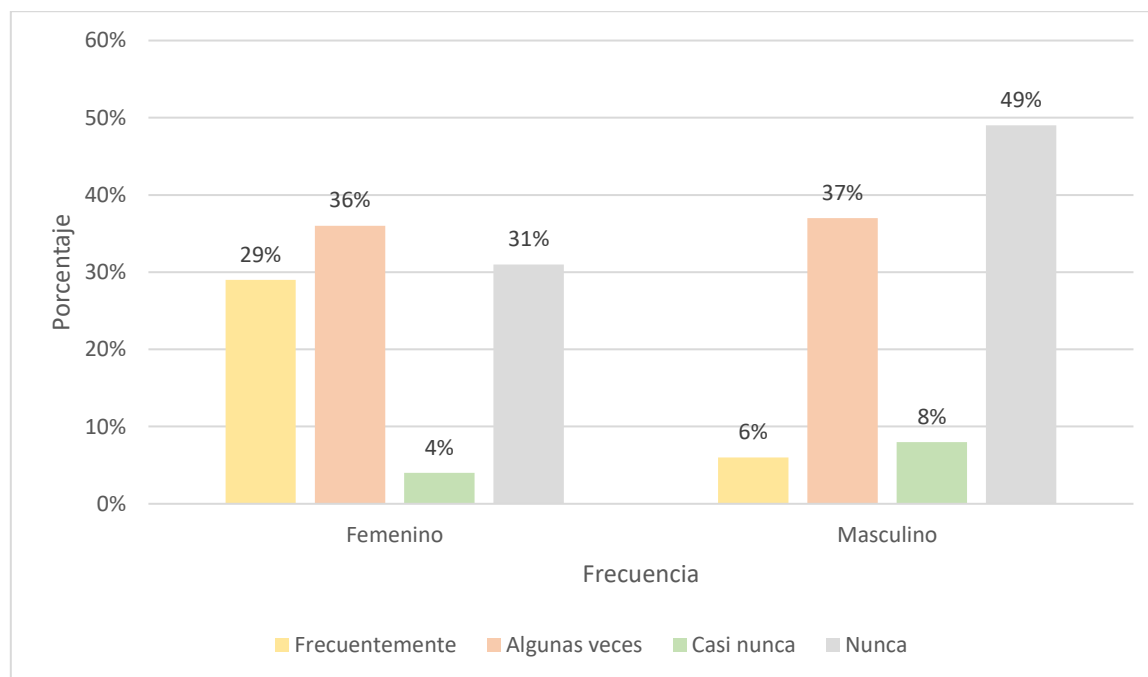
Del total de adolescentes del sexo femenino (29) 29% refiere presentar onicofagia frecuentemente, (36) 36% algunas veces, (5) 4% casi nunca y (32) 31% nunca, del sexo masculino (5) 6% frecuentemente, (30) 37% algunas veces, (7) 8% casi nunca y (40) 49% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes del sexo masculino y femenino que presentaron onicofagia fué algunas veces. (Ver cuadro y figura No.7)

Cuadro No.7 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de la onicofagia por sexo

sexo	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	29	29	36	36	5	4	32	31	102	100
M	5	6	30	37	7	8	40	49	82	100

*FD

Figura No. 7 Porcentaje de la frecuencia de onicofagia por sexo



*FD

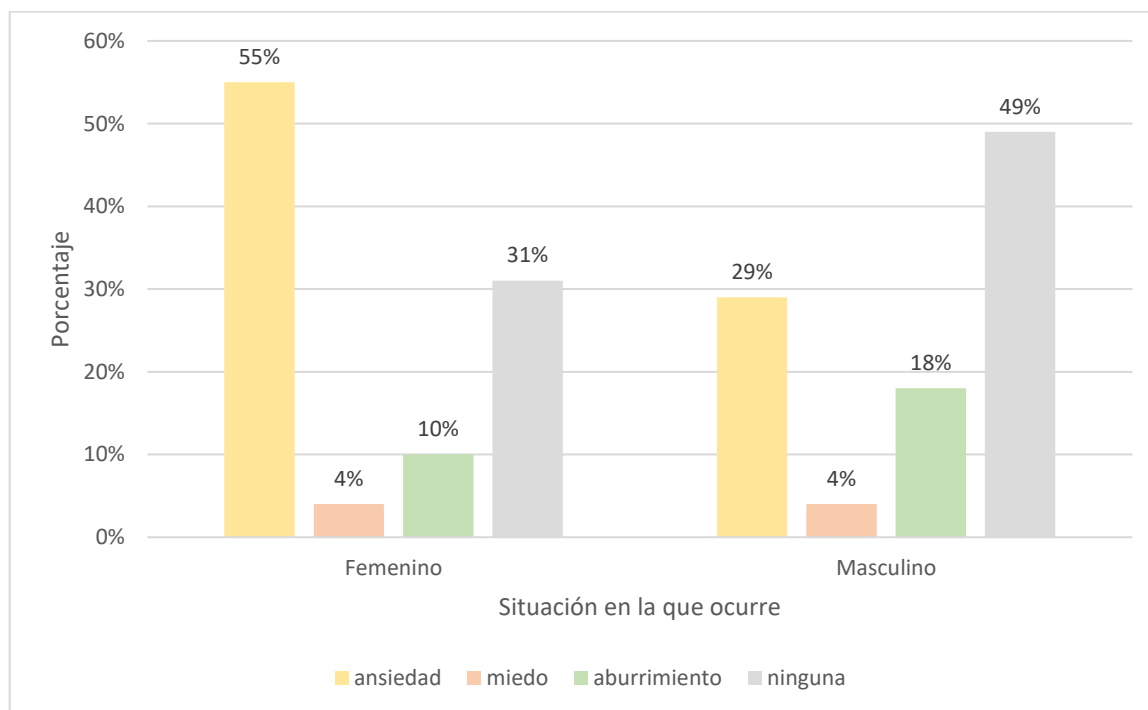
Del total de adolescentes del sexo femenino (56) 55% refiere presentar onicofagia por ansiedad, (4) 4% por miedo, (10) 10% por aburrimiento y (32) 31% en ninguna situación, del sexo masculino (24) 29% por ansiedad, (3) 4% por miedo, (15) 18% por aburrimiento y (40) 49% en ninguna situación, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes del sexo femenino que la presentaron fué por ansiedad. (Ver cuadro y figura No. 8)

Cuadro No. 8 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre la onicofagia por sexo

sexo	Ansiedad		Miedo		Aburrimiento		Ninguna		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	56	55	4	4	10	10	32	31	102	100
M	24	29	3	4	15	18	40	49	82	100

*FD

Figura No. 8 Porcentaje de situación en la que ocurre la onicofagia por sexo



*FD

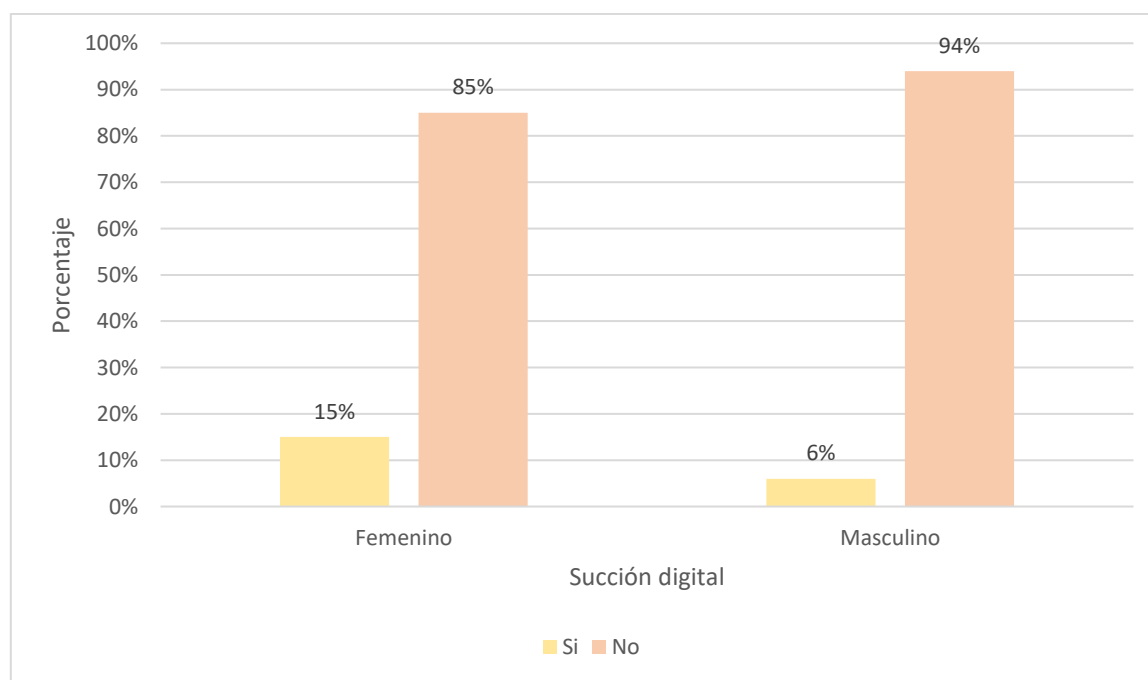
Del total de adolescentes del sexo femenino (15) 15% refiere presentar succión digital y (87) 85% no, del sexo masculino (5) 6% si presento y (77) 94% no, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron succión digital corresponde al sexo femenino. (Ver cuadro y figura No.9)

Cuadro. No 9 Frecuencia y porcentaje de succión digital por sexo

Sexo	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
F	15	15	87	85	102	100
M	5	6	77	94	82	100

*FD

Figura No.9 Porcentaje de succión digital por sexo



*FD

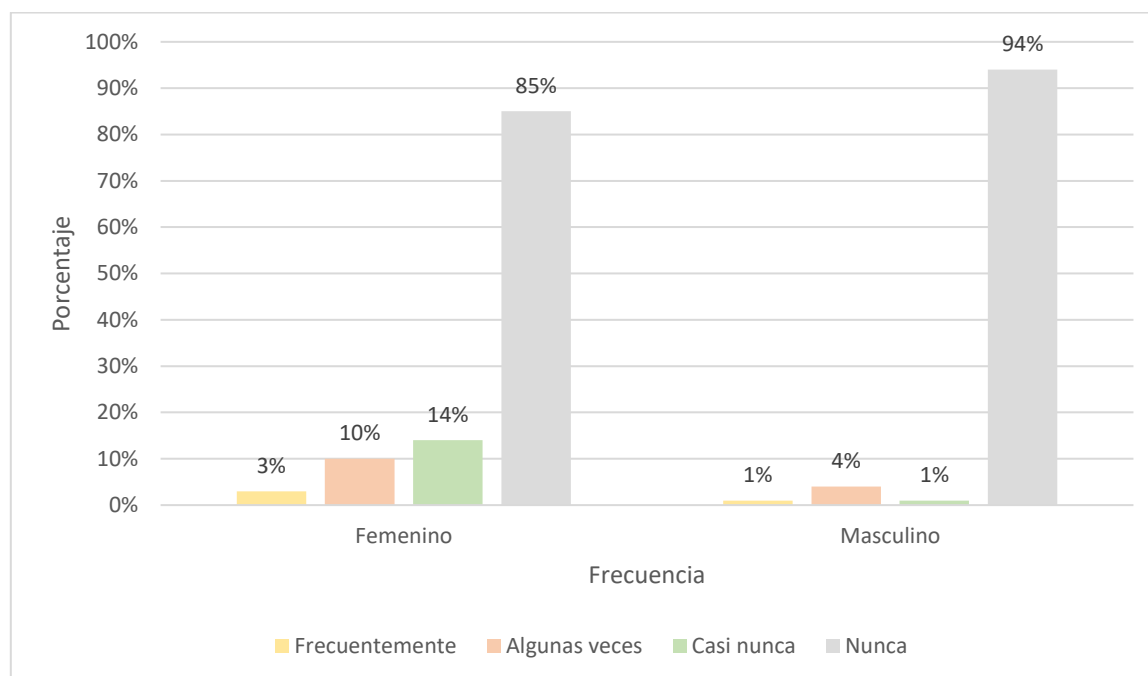
Del total de adolescentes del sexo femenino (1) 3% refiere presentar succión digital frecuentemente, (10) 10% algunas veces, (4) 14% casi nunca y (87) 85% nunca, del sexo masculino (1) 1% frecuentemente, (3) 4% algunas veces, (1) 1% casi nunca y (77) 94% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron succión digital fue algunas veces en el sexo femenino. (Ver cuadro y figura No. 10)

Cuadro No.10 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de succión digital por sexo

Sexo	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	1	3	10	10	4	14	87	85	102	100
M	1	1	3	4	1	1	77	94	82	100

*FD

Cuadro No.10 Porcentaje de la frecuencia de succión digital por sexo



*FD

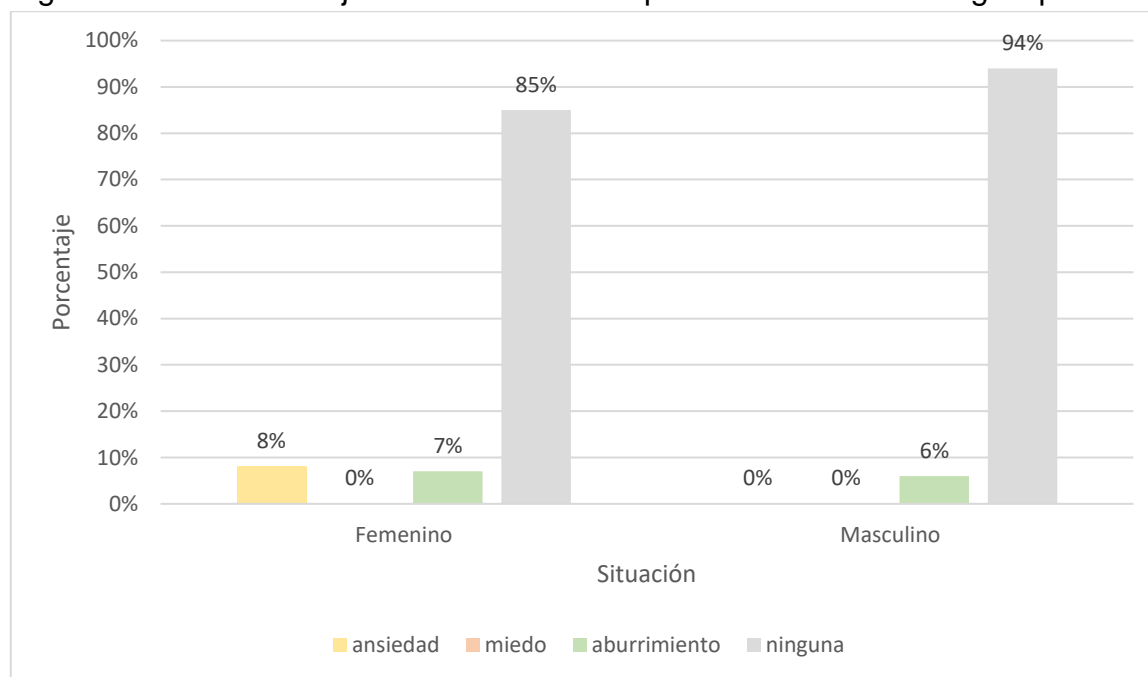
Del total de adolescentes del sexo femenino (8) 8% refiere presentar succión digital por ansiedad, (0) 0% por miedo, (7) 7% por aburrimiento y (87) 85% en ninguna situación, del sexo masculino (0) 0% por ansiedad y por miedo, (5) 6% por aburrimiento y (77) 94% en ninguna situación, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron succión digital fue por ansiedad en sexo femenino. (Ver cuadro y figura No. 11)

Cuadro No.11 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre la succión digital por sexo

Sexo	Ansiedad		Miedo		Aburrimiento		Ninguna		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	8	8	0	0	7	7	87	85	102	100
M	0	0	0	0	5	6	77	94	82	100

*FD

Figura No. 11 Porcentaje de situación en la que ocurre la succión digital por sexo



*FD

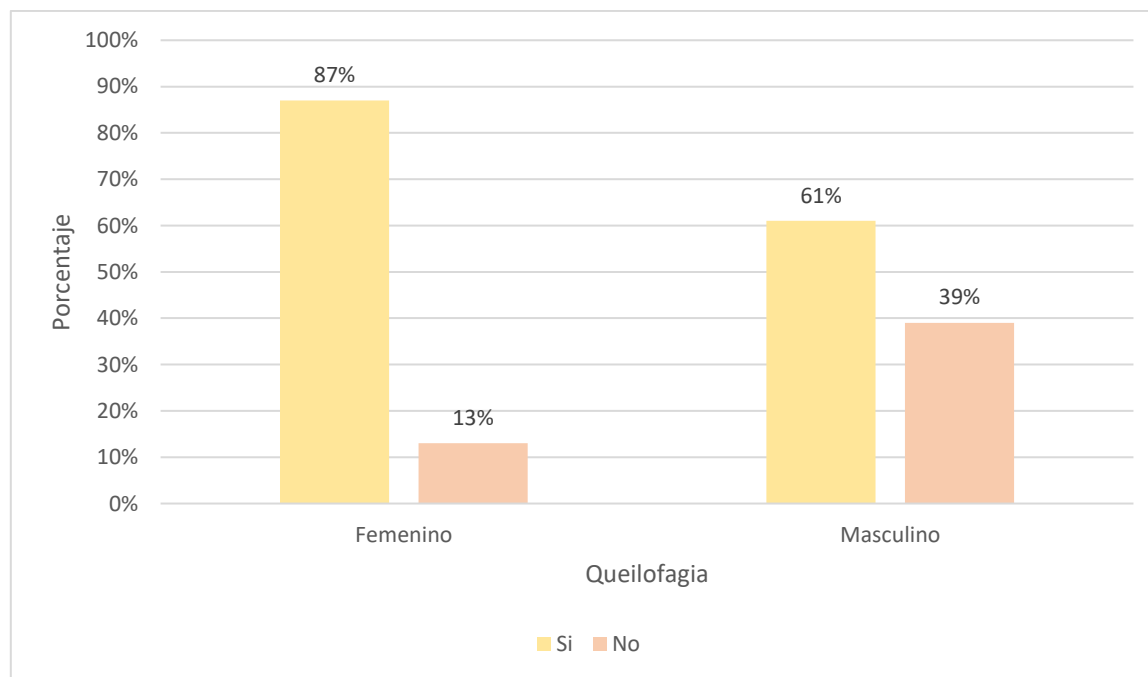
Del total de adolescentes del sexo femenino (89) 87% refiere presentar queilofagia y (13) 13% no, del sexo masculino (50) 61% si presentaron y (32) 39% no, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron queilofagia fue en el sexo femenino. (Ver cuadro y figura No.12)

Cuadro No.12 Frecuencia y porcentaje de queilofagia por sexo

Sexo	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
F	89	87	13	13	102	100
M	50	61	32	39	82	100

*FD

Figura No.12 Porcentaje de queilofagia por sexo



*FD

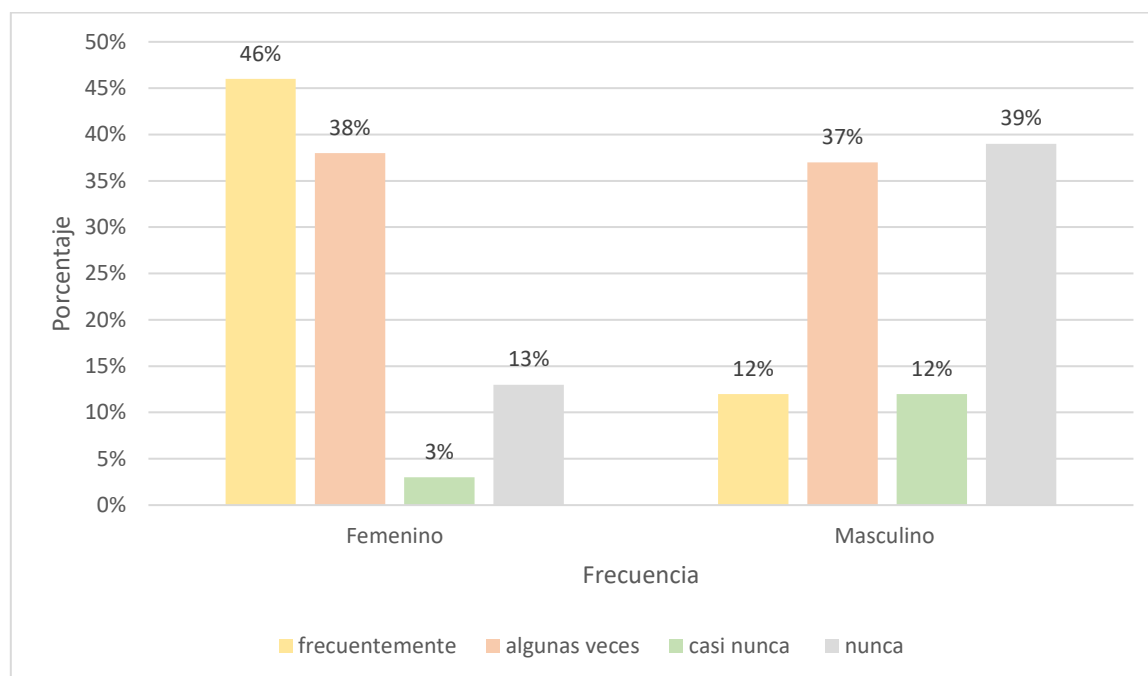
Del total de adolescentes del sexo femenino (47) 46% refiere presentar queilofagia frecuentemente, (39) 38% algunas veces, (3) 3% casi nunca y (13) 13% nunca, del sexo masculino (10) 12% frecuentemente, (30) 37% algunas veces, (10) 12% casi nunca y (32) 39% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes del sexo femenino que presento queilofagia fue frecuentemente. (Ver cuadro y figura No. 13)

Cuadro No. 13 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de queilofagia por sexo

Sexo	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	47	46	39	38	3	3	13	13	102	100
M	10	12	30	37	10	12	32	39	82	100

*FD

Figura No. 13 Porcentaje de la frecuencia de queilofagia por sexo



*FD

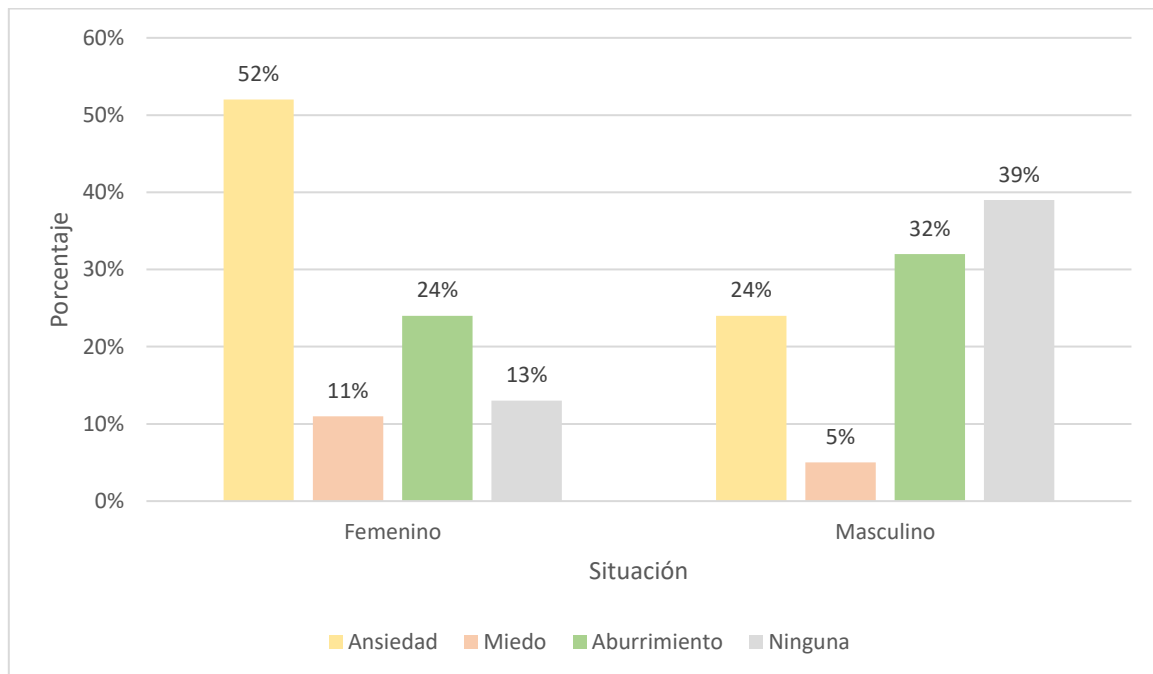
Del total de adolescentes del sexo femenino (53) 52% refiere presentar queilofagia por ansiedad, (11) 11% por miedo, (25) 24% por aburrimiento y (13) 13% en ninguna situación, del sexo masculino (20) 24% por ansiedad, (4) 5% por miedo, (26) 32% por aburrimiento y (32) 39% en ninguna situación; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes del sexo femenino que presentaron fue por ansiedad. (Ver cuadro y figura No. 14)

Cuadro No. 14 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre la queilofagia por sexo

Sexo	Ansiedad		Miedo		Aburrimiento		Ninguna		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	53	52	11	11	25	24	13	13	102	100
M	20	24	4	5	26	32	32	39	82	100

*FD

Figura No.14 Porcentaje de situación en la que ocurre la queilofagia por sexo



*FD

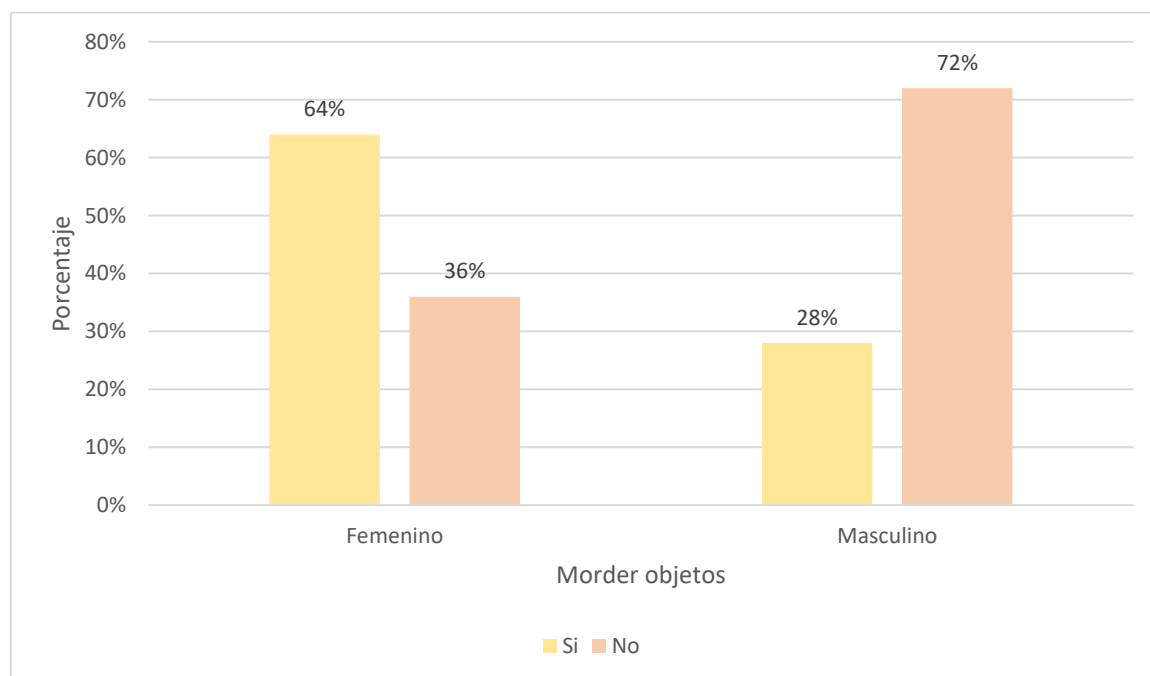
Del total de adolescentes del sexo femenino (65) 64% refiere morder objetos y (37) 36% no, del sexo masculino (23) 28% si y (59) 72% no, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes del sexo femenino si muerden objetos. (Ver cuadro y figura No.15)

Cuadro No.15 Frecuencia y porcentaje de morder objetos por sexo

Sexo	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
F	65	64	37	36	102	100
M	23	28	59	72	82	100

*FD

Figura No.15 Porcentaje de morder objetos por sexo



*FD

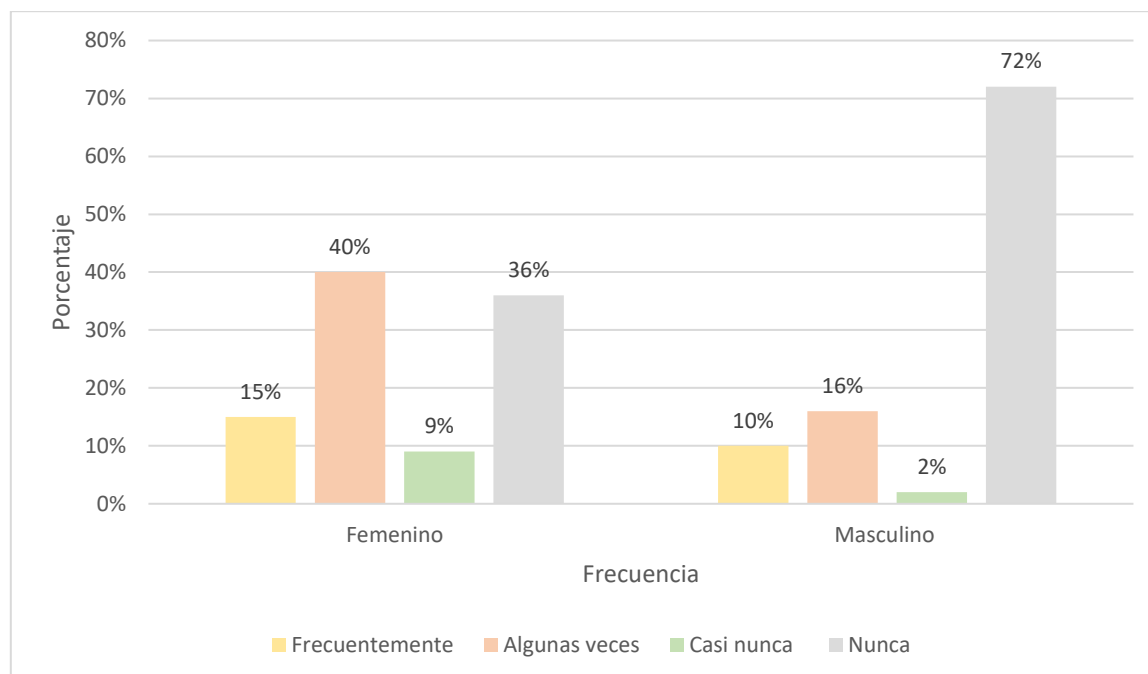
Del total de adolescentes del sexo femenino (15) 15% refiere morder objetos frecuentemente, (41) 40% algunas veces, (9) 9% casi nunca y (37) 36% nunca, del sexo masculino (8) 10% frecuentemente, (13) 16% algunas veces, (2) 2% casi nunca y (59) 72% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes del sexo femenino que presentaron morder objetos fue algunas veces. (Ver cuadro y figura No. 16)

Cuadro No. 16 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de morder objetos por sexo

Sexo	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	15	15	41	40	9	9	37	36	102	100
M	8	10	13	16	2	2	59	72	82	100

*FD

Figura No. 16 Porcentaje de la frecuencia de morder objetos por sexo



*FD

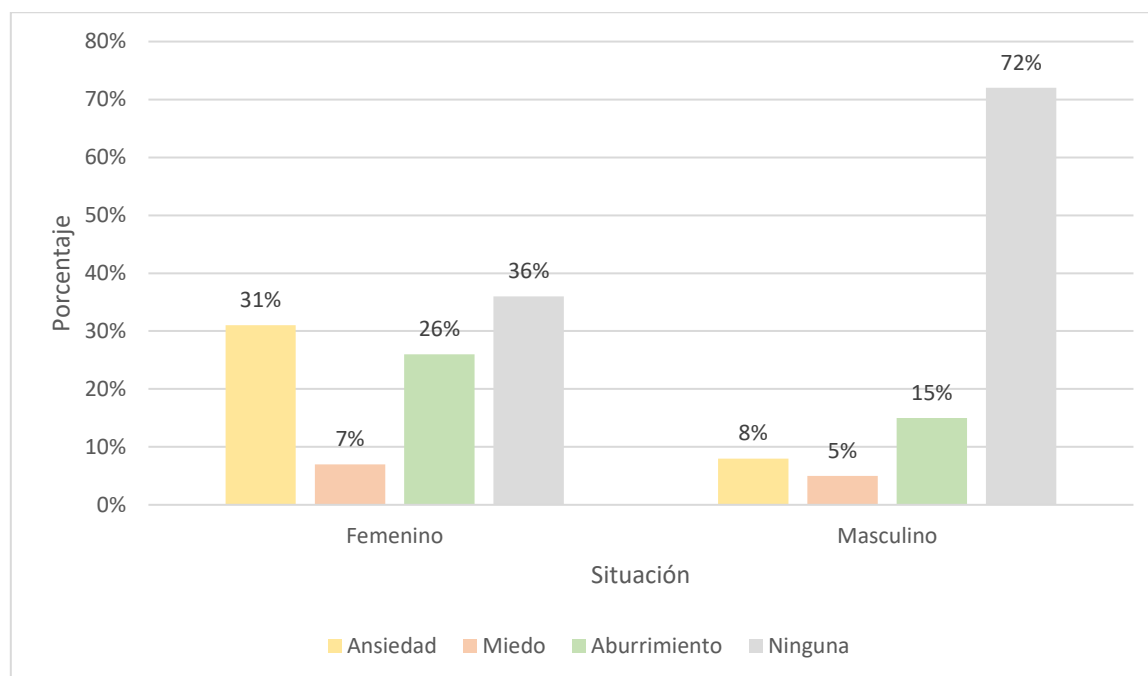
Del total de adolescentes del sexo femenino (32) 31% refiere morder objetos por ansiedad, (7) 7% por miedo, (26) 26% por aburrimiento y (37) 36% en ninguna situación, del sexo masculino (7) 8% por ansiedad, (4) 5% por miedo, (12) 15% por aburrimiento y (59) 72% en ninguna situación; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron morder objetos por ansiedad fue en el sexo femenino. (Ver cuadro y figura No. 17)

Cuadro No. 17 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre morder objetos por sexo

Sexo	Ansiedad		Miedo		Aburrimiento		Ninguna		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	32	31	7	7	26	26	37	36	102	100
M	7	8	4	5	12	15	59	72	82	100

*FD

Figura No. 17 Porcentaje de situación en la que ocurre morder objetos por sexo



*FD

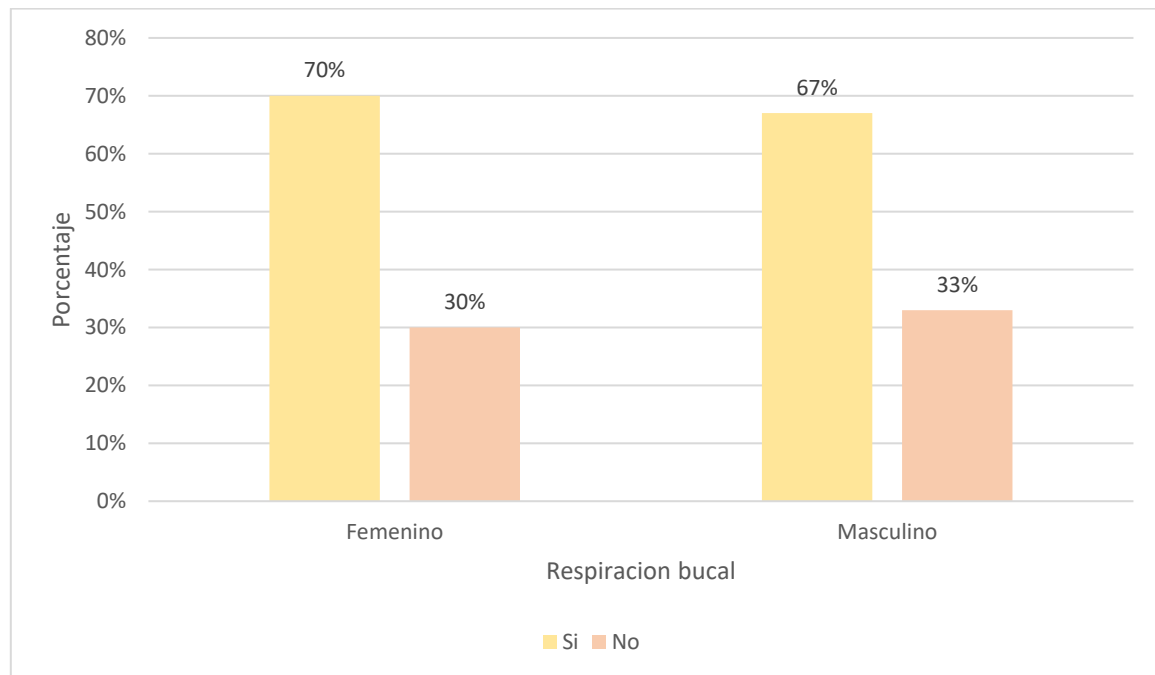
Del total de adolescentes del sexo femenino (71) 70% refiere ser respirador bucal y (31) 30% no, del sexo masculino (54) 67% es respirador bucal y (27) 33% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que es respirador bucal corresponde al sexo femenino. (Ver cuadro y figura No. 18)

Cuadro No. 18 Frecuencia y porcentaje de respiración bucal por sexo

Sexo	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
F	71	70	31	30	102	100
M	54	67	27	33	81	100

*FD

Figura No.18 Porcentaje de respiración bucal por sexo



*FD

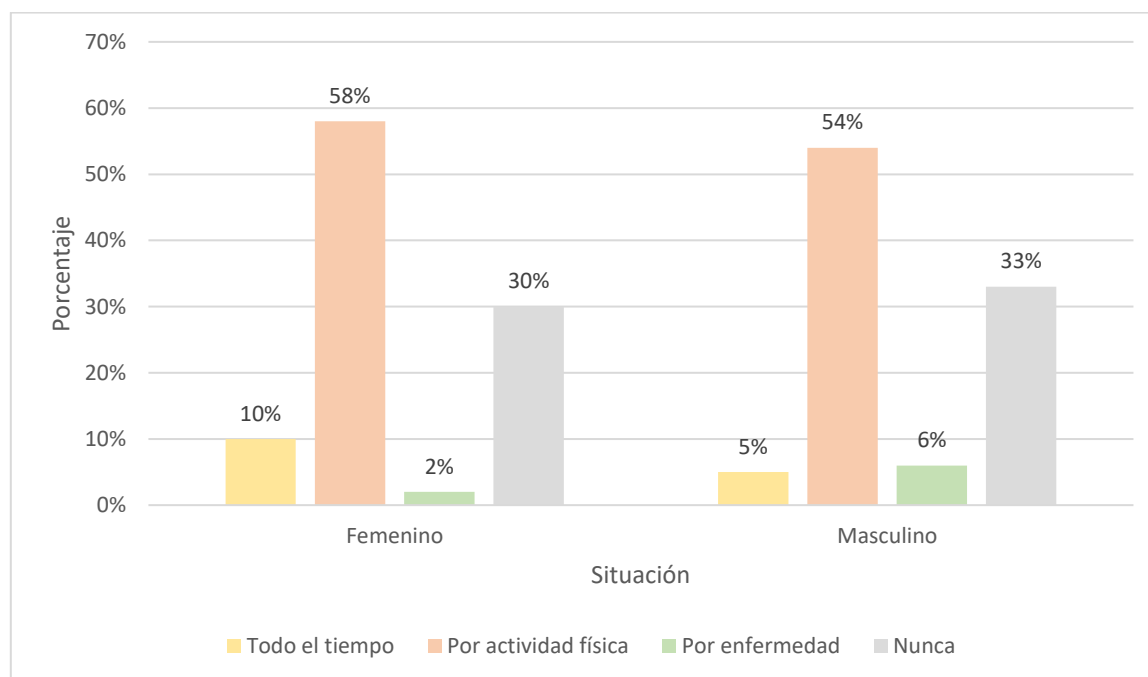
Del total de adolescentes del sexo femenino (10) 10% refiere ser respirador bucal todo el tiempo, (59) 58% durante actividad física o de esfuerzo, (2) 2% por enfermedad y (31) 30% nunca; del sexo masculino (4) 5% todo el tiempo, (45) 54% durante actividad física o de esfuerzo, (5) 6% por enfermedad y (27) 33% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes del sexo femenino que es respirador bucal fue durante actividad física o de esfuerzo. (Ver cuadro y figura No. 19)

Cuadro No.19 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre la respiración bucal por sexo

Sexo	Todo el tiempo		Por actividad física		Por enfermedad		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	10	10	59	58	2	2	31	30	102	100
M	4	5	45	54	5	6	27	33	82	100

*FD

Figura No.19 Porcentaje de situación en la que ocurre la respiración bucal por sexo



*FD

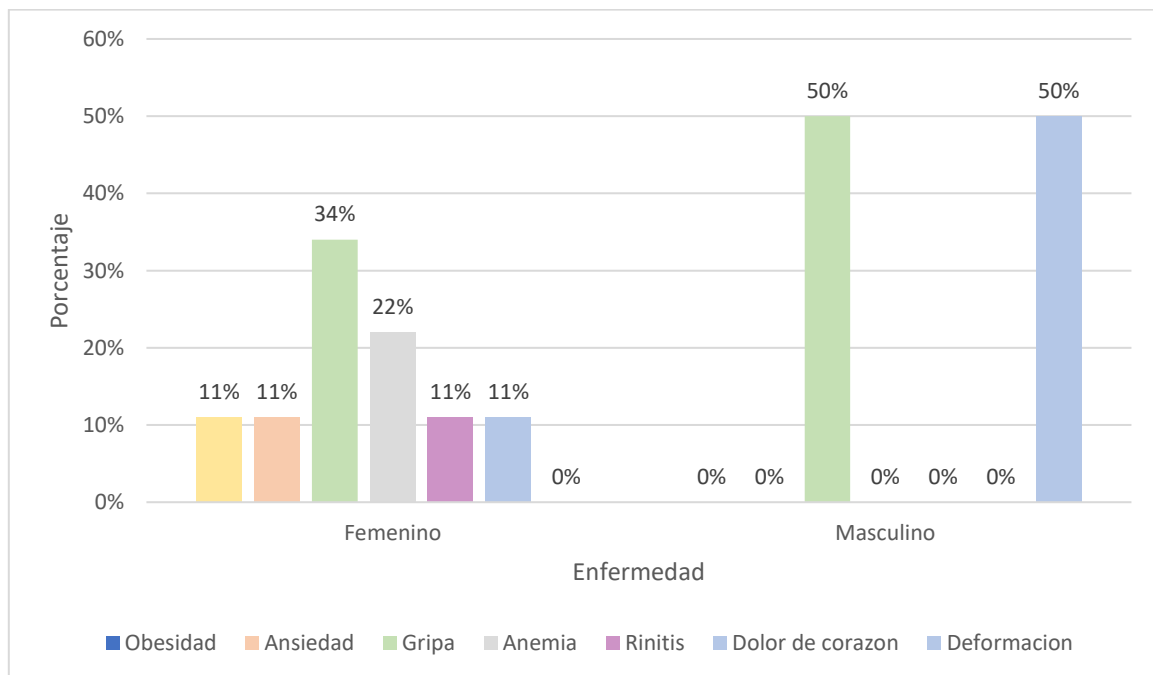
Del total de adolescentes del sexo femenino que presentaron alguna enfermedad que no les permita respirar por la nariz (1) 11% fue por obesidad, (1) 11 por ansiedad, (3) 34 % por gripa, (2) 22% por anemia, (1) 11% por dolor en el corazón, (1) 11% por rinitis alérgica y (0) 0% por deformación; del sexo masculino (1) 50% por gripa, (1) 50% por deformación y (0) 0% por obesidad, ansiedad, anemia, dolor de corazón y rinitis alérgica; como podemos ver el sexo femenino es el que presento mayor porcentaje de enfermedades. (Ver cuadro y figura No.20)

Cuadro No.20 Frecuencia y porcentaje de enfermedad por la que ocurre la respiración bucal por sexo

Sexo	Obesidad		Ansiedad		Gripa		Anemia		Dolor de corazón		Rinitis alérgica		Deformación		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	1	11	1	11	3	34	2	22	1	11	1	11	0	0	9	100
M	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	1	50	2	100

*FD

Figura No. 20 Porcentaje de enfermedad por la que ocurre la respiración bucal por sexo



*FD

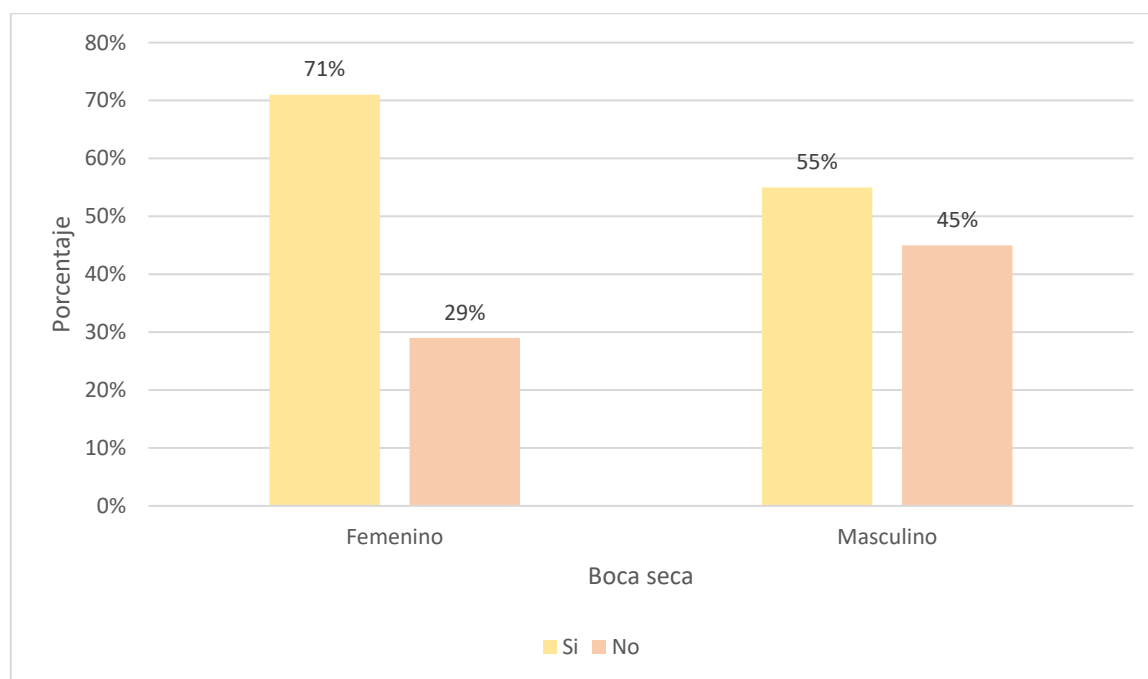
Del total de adolescentes del sexo femenino (72) 71% respondió despertar con boca reseca y (30) 29% no, del sexo masculino (45) 55% si y (37) 45% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que despierta con la boca reseca fue el sexo femenino. (Ver cuadro y figura No. 21)

Cuadro No. 21 Frecuencia y porcentaje de boca seca al despertar por sexo

Sexo	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
F	72	71	30	29	102	100
M	45	55	37	45	82	100

*FD

Figura No.21 Porcentaje de boca seca al despertar por sexo



*FD

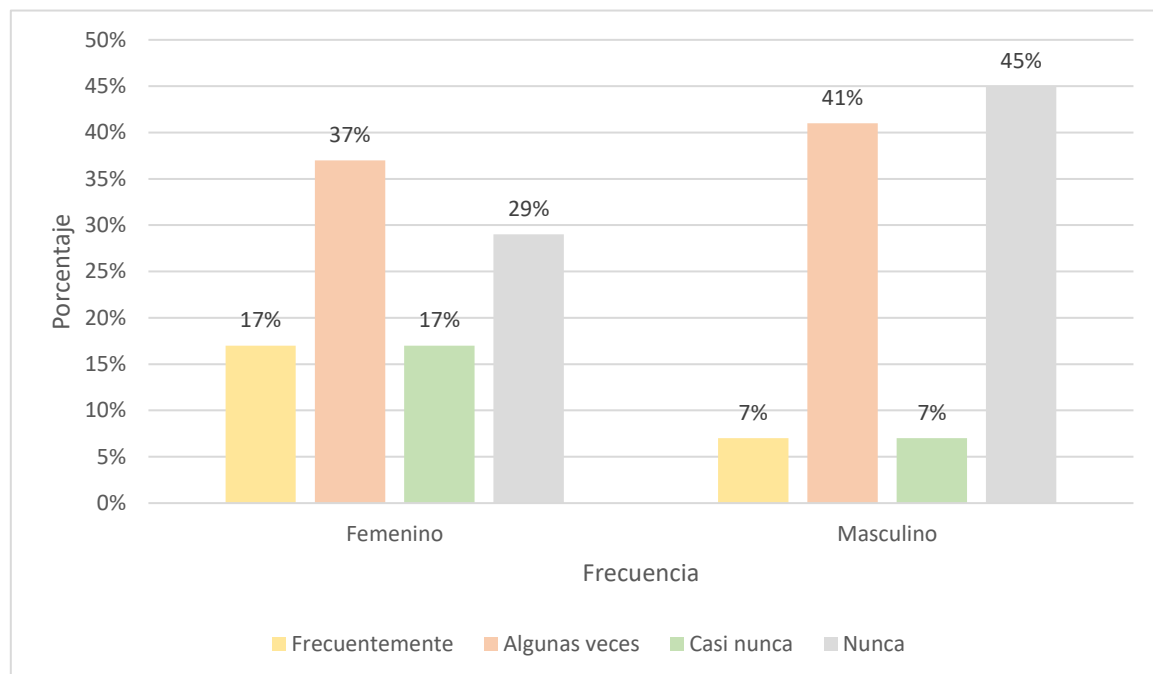
Del total de adolescentes del sexo femenino (18) 17% refieren boca seca al despertar frecuentemente, (38) 37% algunas veces, (16) 17% casi nunca y (30) 29% nunca, del sexo masculino (6) 7% frecuentemente, (33) 41% algunas veces, (6) 7% casi nunca y (37) 45% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presento boca seca fue algunas veces en el sexo masculino. (Ver cuadro y figura No.22)

Cuadro No.22 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de boca seca al despertar por sexo

Sexo	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	18	17	38	37	16	17	30	29	102	100
M	6	7	33	41	6	7	37	45	82	100

*FD

Figura No.22 Porcentaje de la frecuencia de boca seca al despertar por sexo



*FD

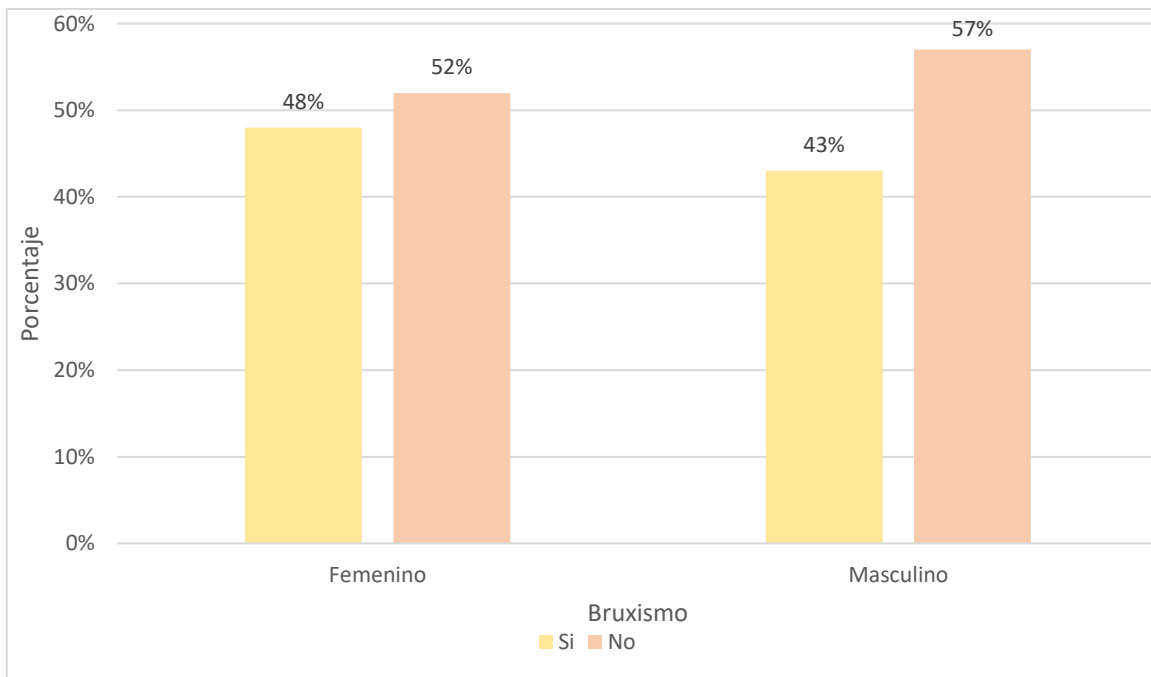
Del total de adolescentes del sexo femenino (49) 48% refieren presentar bruxismo y (53) 52% no, del sexo masculino (35) 43% si y (47) 57% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron bruxismo corresponde al sexo femenino. (Ver cuadro y figura No.23)

Cuadro No. 23 Frecuencia y porcentaje de bruxismo por sexo

Sexo	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
F	49	48	53	52	102	100
M	35	43	47	57	82	100

*FD

Figura No.23 Porcentaje de bruxismo por sexo



*FD

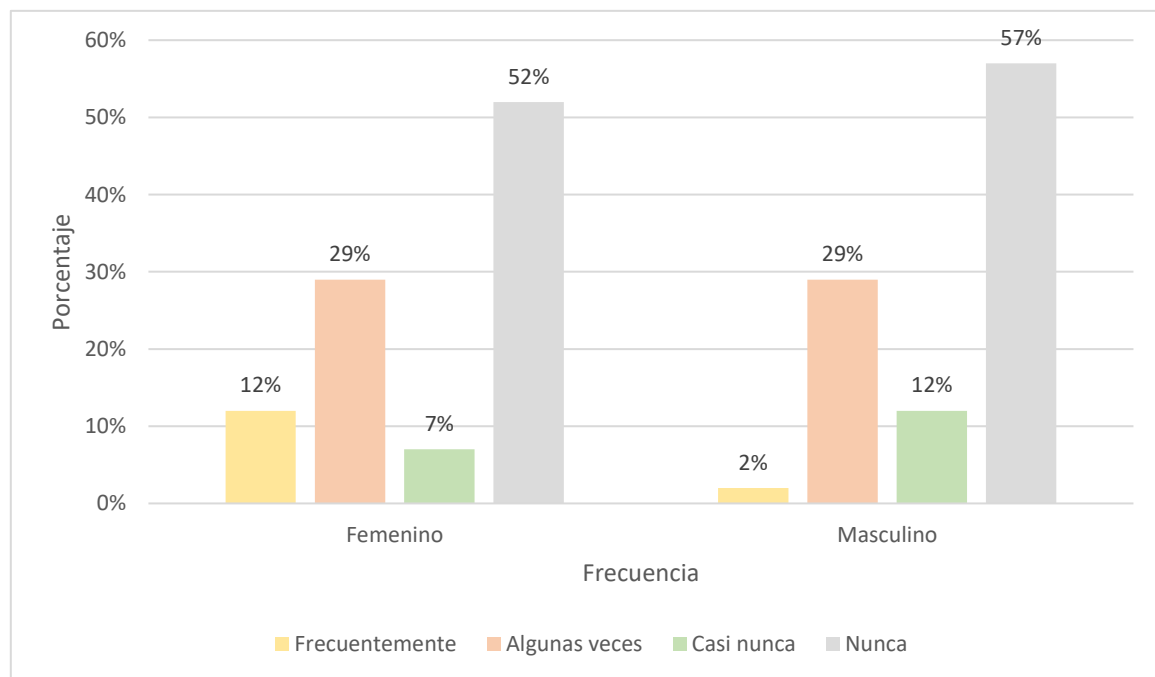
Del total de adolescentes del sexo femenino (12) 12% refieren presentar bruxismo frecuentemente, (30) 29% algunas veces, (7) 7% casi nunca y (53) 52% nunca, del sexo masculino (2) 2% frecuentemente, (23) 29% algunas veces, (10) 12% casi nunca y (47) 57% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presenta bruxismo fue algunas veces en el sexo femenino. (Ver cuadro y figura No.24)

Cuadro No. 24 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de bruxismo por sexo

Sexo	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	12	12	30	29	7	7	53	52	102	100
M	2	2	23	29	10	12	47	57	82	100

*FD

Figura No. 24 Porcentaje de la frecuencia de bruxismo por sexo



*FD

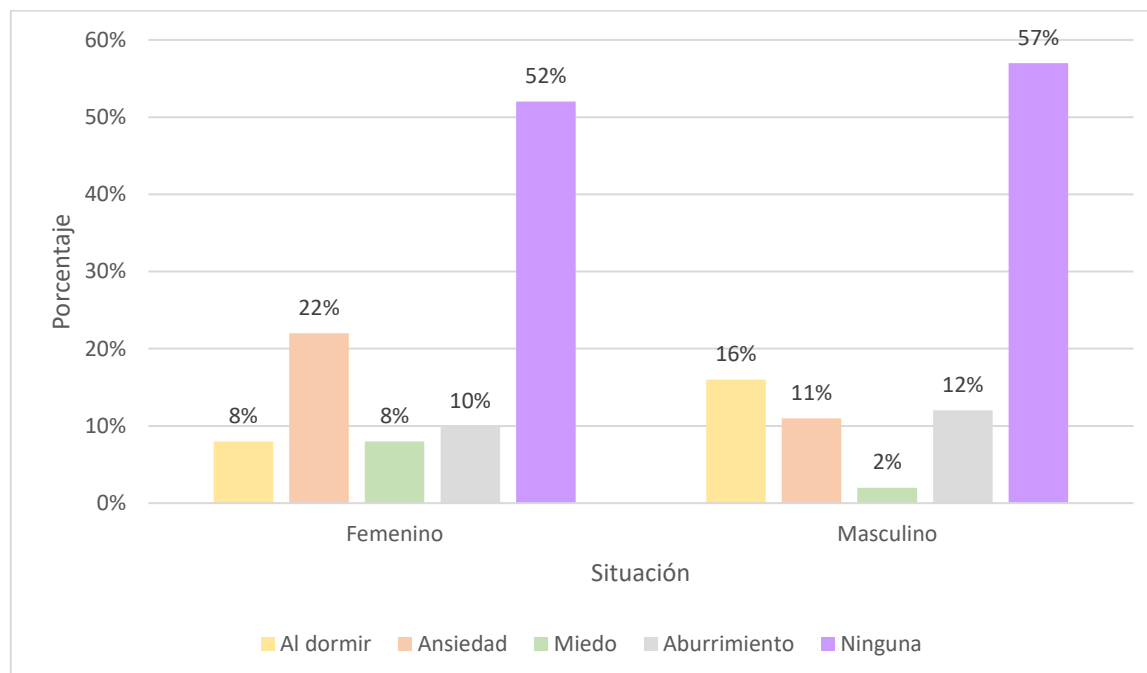
Del total de adolescentes del sexo femenino (8) 8% refieren presentar bruxismo al dormir, (22) 22% por ansiedad, (9) 8% por miedo, (10) 10% por aburrimiento y (53) 52% en ninguna situación, del sexo masculino (13) 16% al dormir, (9) 11% por ansiedad, (2) 2% por miedo, (11) 14% por aburrimiento y (47) 57% en ninguna situación; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron bruxismo fue por ansiedad en el sexo femenino. (Ver cuadro y figura No. 25)

Cuadro No.25 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre el bruxismo por sexo

Sexo	Al dormir		Ansiedad		Miedo		Aburrimiento		Ninguna		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	8	8	22	22	9	8	10	10	53	52	102	100
M	13	16	9	11	2	2	11	14	47	57	82	100

*FD

Figura No.25 Porcentaje de situación en la que ocurre el bruxismo por sexo



*FD

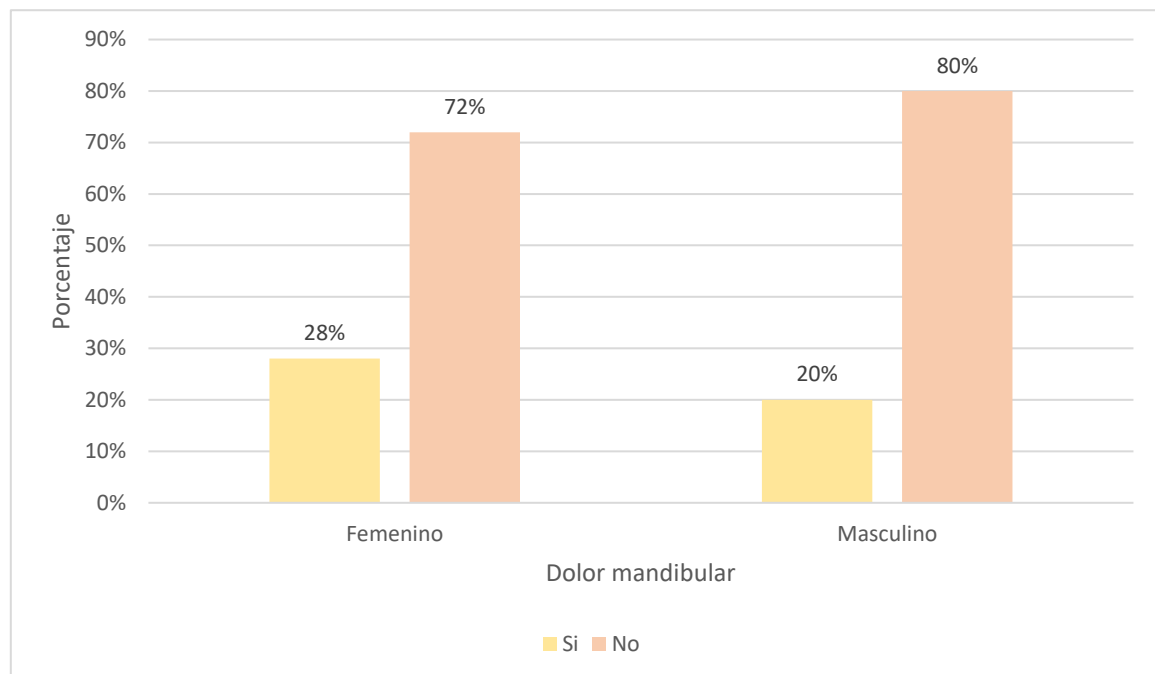
Del total de adolescentes del sexo femenino (28) 28% refieren presentar dolor mandibular matutino y (74) 72% no, del sexo masculino (16) 20% si presentaron y (66) 80% no presentaron; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron dolor mandibular matutino fue en el sexo femenino.(Ver cuadro y figura No.26)

Cuadro No.26 Frecuencia y porcentaje de dolor mandibular matutino por sexo

Sexo	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
F	28	28	74	72	102	100
M	16	20	66	80	82	100

*FD

Figura No.26 Porcentaje de dolor mandibular matutino por sexo



*FD

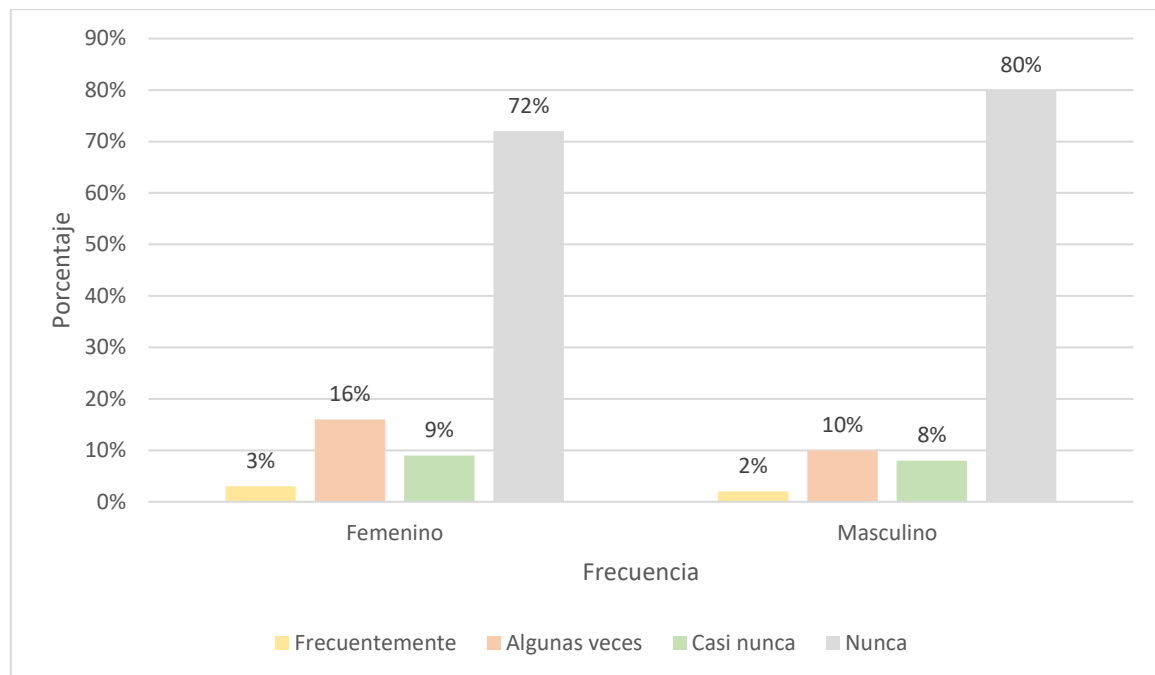
Del total de adolescentes del sexo femenino, (3) 3% refieren presentar dolor mandibular matutino frecuentemente, (15) 16% algunas veces (10) 9% casi nunca y (74) 72% nunca, del sexo masculino (2) 2% frecuentemente, (8) 10% algunas veces, (6) 8% casi nunca y (66) 80% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron dolor mandibular fue algunas veces en el sexo femenino. (Ver cuadro y figura No.27)

Cuadro No.27 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de dolor mandibular por sexo

Sexo	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	3	3	15	16	10	9	74	72	102	100
M	2	2	8	10	6	8	66	80	82	100

*FD

Figura No.27 Porcentaje de la frecuencia de dolor mandibular por sexo



*FD

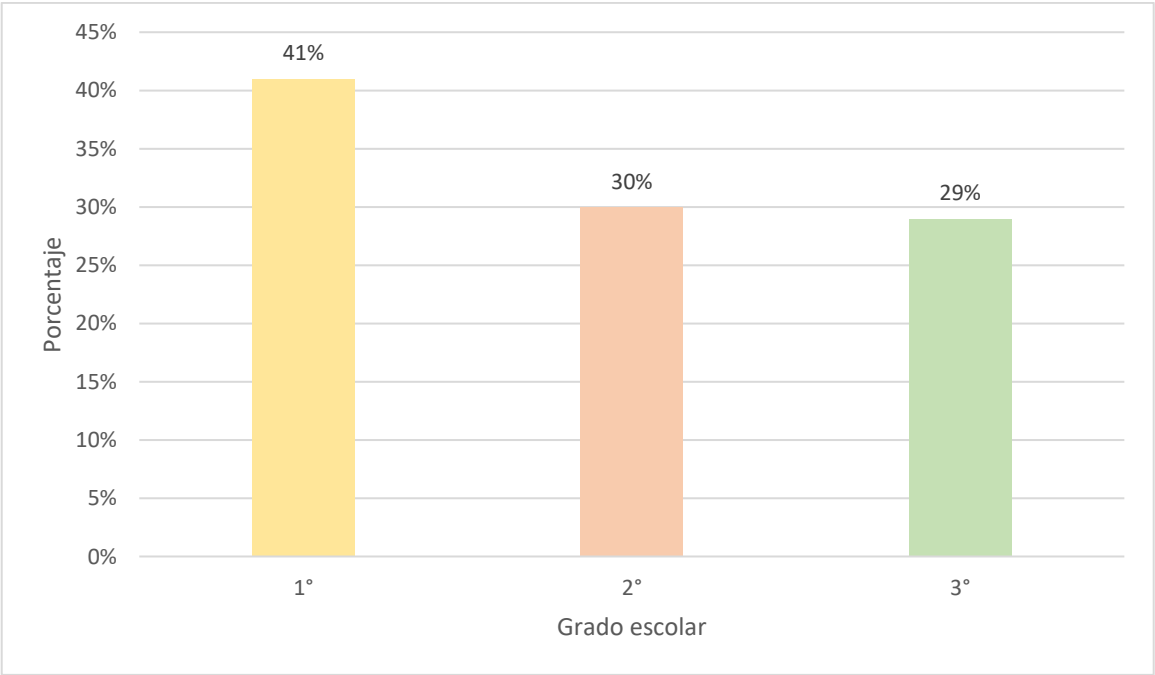
El total de adolescentes revisados fueron 184 que representan al 100%, de los cuales (75) 41% fueron de primer grado, (56) 30% de segundo grado y (53) 29% de tercer grado, como podemos ver el mayor porcentaje corresponde a los adolescentes de primer grado. (ver cuadro y figura No.28)

Cuadro No.28 Frecuencia y porcentaje de adolescentes revisados por grado escolar

Grado	Frecuencia	Porcentaje
1°	75	41
2°	56	30
3°	53	29
Total	184	100

*FD

Figura No.28 Porcentaje de adolescentes revisados por grado escolar



*FD

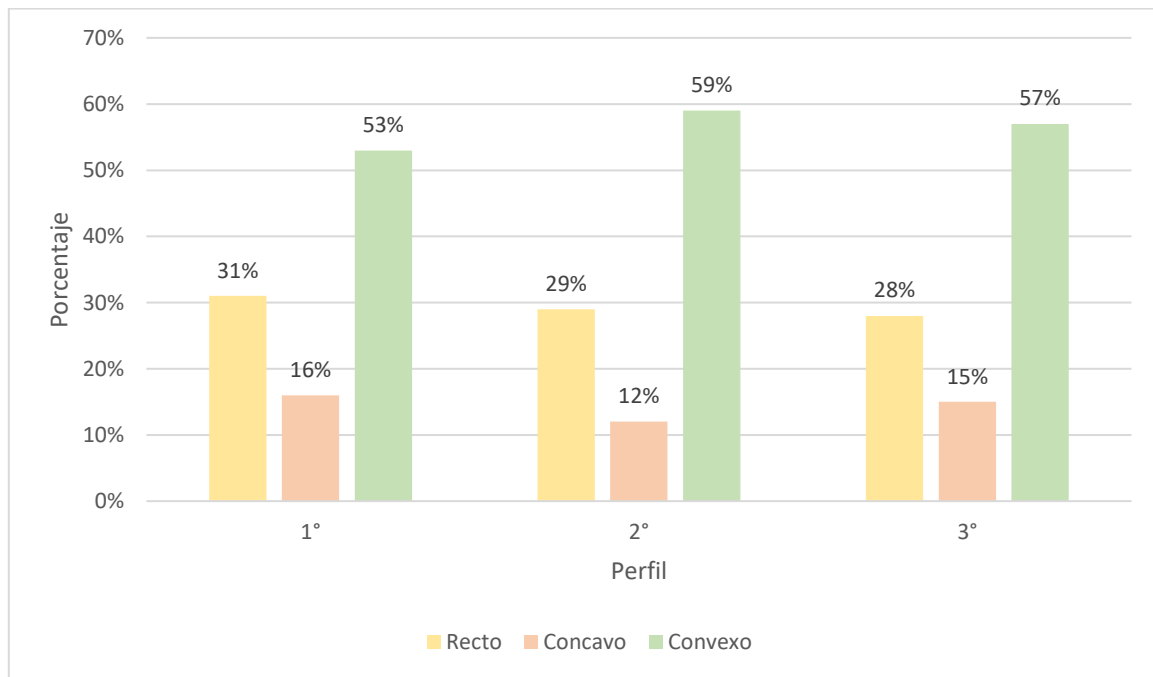
Del total de adolescentes de primer grado, (23) 31% presentaron perfil recto, (12) 16% cóncavo y (40) 53% convexo, de segundo grado (16) 29% recto, (7) 12% cóncavo y (33) 59% convexo, de tercer grado (15) 28% recto, (8) 15% cóncavo y (30) 57% convexo; como podemos ver el mayor porcentaje corresponde al perfil convexo en segundo grado. (Ver cuadro y figura No.29)

Cuadro No.29 Frecuencia y porcentaje del tipo de perfil por grado escolar

Grado	Recto		Cóncavo		Convexo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	23	31	12	16	40	53	75	100
2°	16	29	7	12	33	59	56	100
3°	15	28	8	15	30	57	53	100

*FD

Figura No.29 Porcentaje del tipo de perfil por grado escolar



*FD

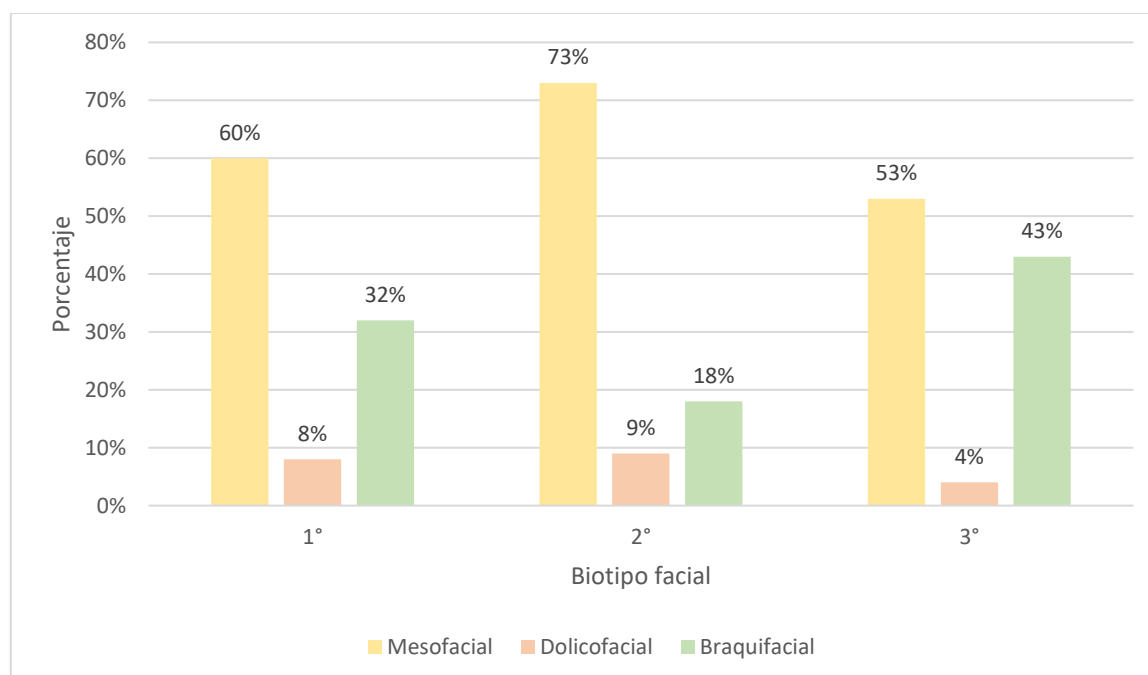
Del total de adolescentes de primer grado, (45) 60% presentaron biotipo facial mesofacial, (6) 8% dolicofacial y (24) 32% braquifacial, de segundo grado (41) 73% mesofacial, (5) 9% dolicofacial y (10) 18% braquifacial, de tercer grado (28) 53% mesofacial, (2) 4% dolicofacial y (23) 43% braquifacial; como podemos ver el mayor porcentaje corresponde al biotipo mesofacial en segundo grado. (Ver cuadro y figura No.30)

Cuadro No.30 Frecuencia y porcentaje del biotipo facial por grado escolar

Sexo	Mesofacial		Dolicofacial		Braquifacial		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	45	60	6	8	24	32	75	100
2°	41	73	5	9	10	18	56	100
3°	28	53	2	4	23	43	53	100

*FD

Figura No.30 Porcentaje del biotipo facial por grado escolar



*FD

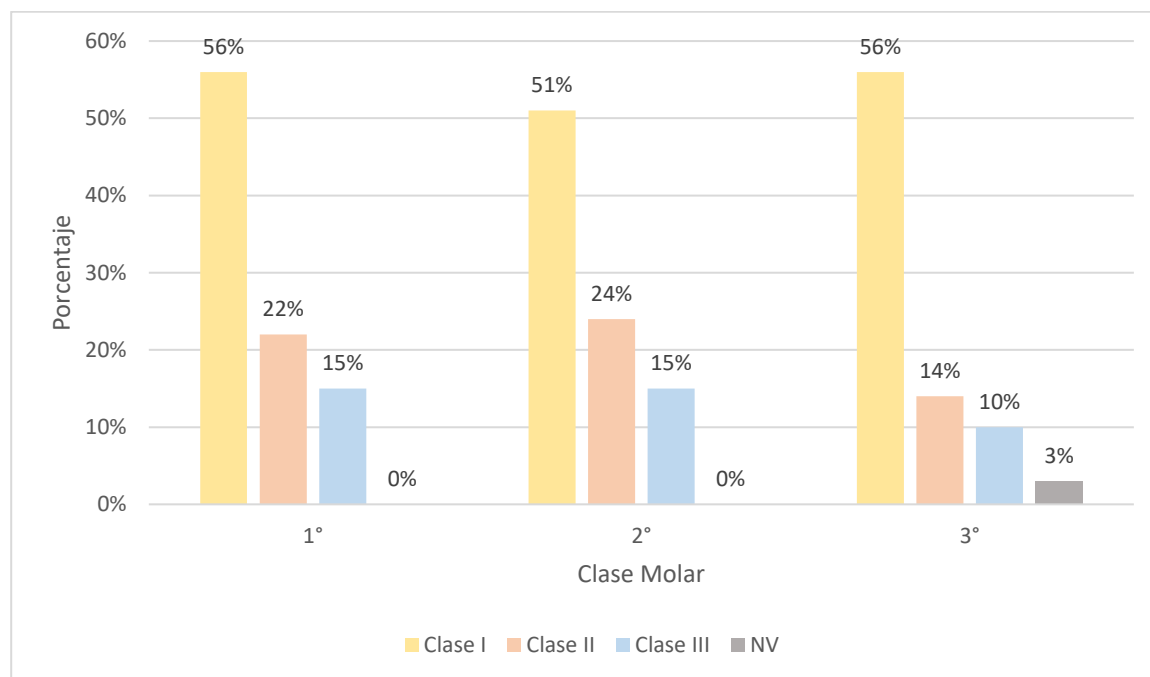
Del total de adolescentes de primer grado (45) 60% presentaron clase molar I de Angle, (18) 24% clase II, (12) 16% clase III y (0) 0% no valorable; de segundo grado (32) 57% clase I, (15) 27% clase II, (9) 16% clase III y (0) 0% no valorable; de tercer grado (35) 66% clase I, (9) 17% clase II, (7) 13% clase III y (2) 4% no valorable; como podemos ver el mayor porcentaje corresponde a clase I en tercer grado. (Ver cuadro y figura No. 31)

Cuadro No.31 Frecuencia y porcentaje de clase molar por grado escolar

Grado	Clase I	Clase II	Clase III	NV	Total
	f %	f %	f %	f %	f %
1	45 60	18 24	12 16	0 0	75 100
2	32 57	15 27	9 16	0 0	56 100
3	35 66	9 17	7 13	2 4	53 100

*FD

Figura No.31 Porcentaje de clase molar por grado escolar



*FD

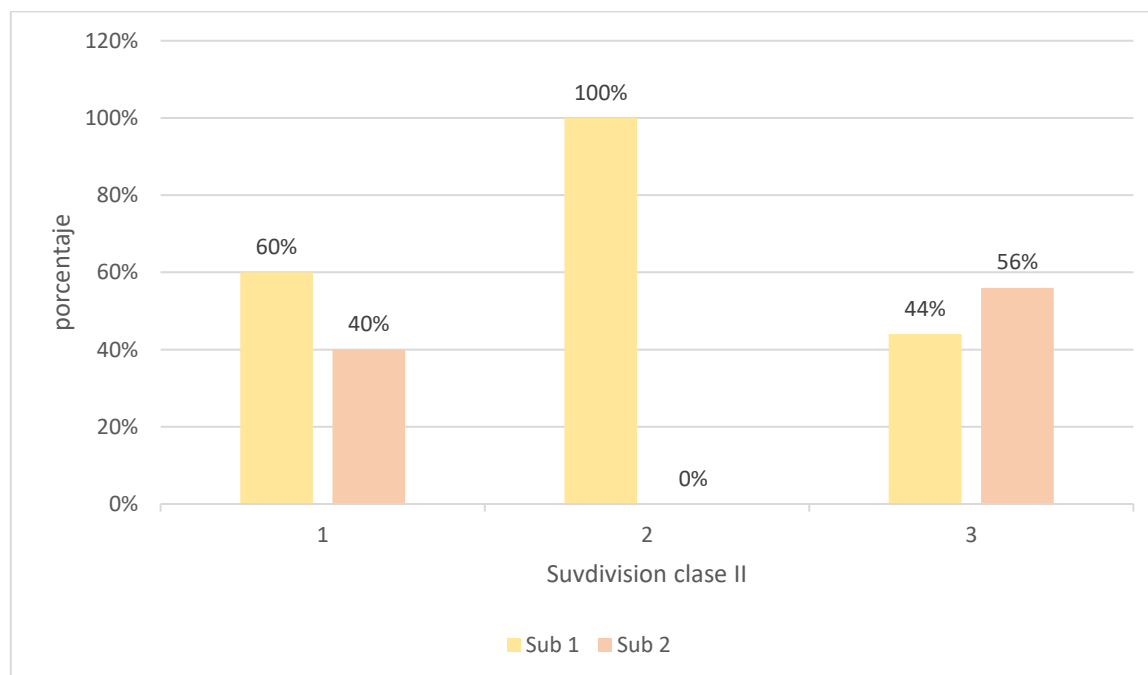
Del total de adolescentes de primer grado que presentaron clase II de Angle (3) 60% presentaron subdivisión 1 y (2) 40% subdivisión 2, de segundo (5) 100% subdivisión 1 y (0) 0% subdivisión 2, de tercero (4) 44% subdivisión 1 y (5) 56% subdivisión 2; como podemos ver el mayor porcentaje corresponde a subdivisión 1 en segundo grado. (ver cuadro y figura No.32)

Cuadro No.32 Frecuencia y porcentaje de subdivisión de clase molar II por grado

Grado	Subdivisión 1		Subdivisión 2		Total	
	f	%	f	%	f	%
1	3	60	2	40	5	100
2	5	100	0	0	5	100
3	4	44	5	56	9	100

*FD

Figura No.32 Porcentaje de subdivisión de clase molar II por grado



*FD

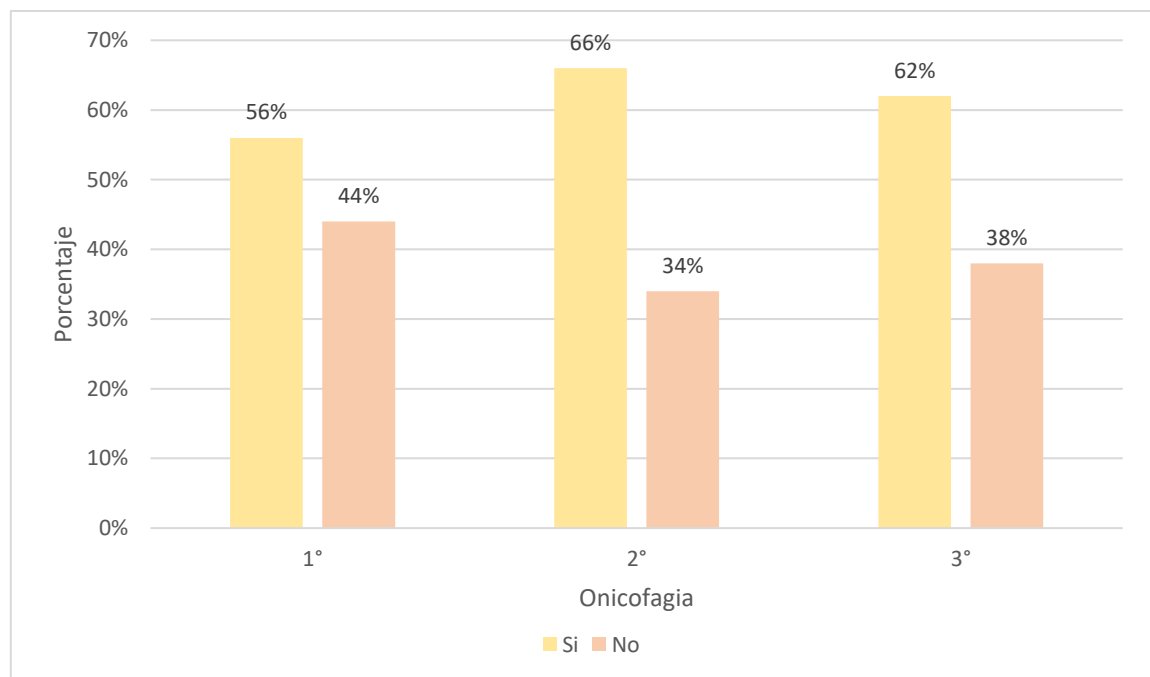
De total de adolescentes encuestados de primer grado (42) 56% presentaron onicofagia y (33) 44% no, de segundo (37) 66% presentaron y (19) 34% no, de tercero (33) 62% presentaron y (20) 38% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron onicofagia corresponde al segundo grado. (Ver cuadro y figura No. 33)

Cuadro No.33 Frecuencia y porcentaje de onicofagia por grado escolar

Grupo	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
1°	42	56	33	44	75	100
2°	37	66	19	34	56	100
3°	33	62	20	38	53	100

*FD

Figura No.33 Porcentaje de onicofagia por grado escolar



*FD

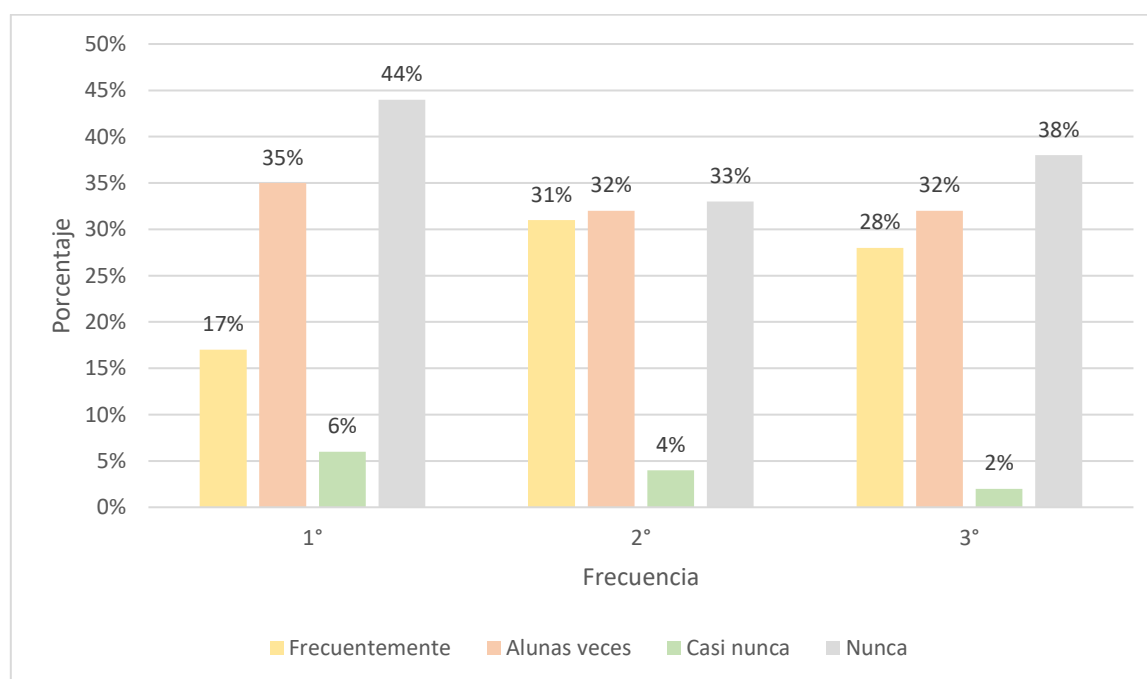
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (13) 17% presentaron onicofagia frecuentemente, (25) 35% algunas veces, (4) 6% casi nunca y (33) 44% nunca; de segundo (17) 31% frecuentemente, (18) 32% algunas veces, (2) 4% casi nunca y (19) 33% nunca; de tercero (15) 28% frecuentemente, (17) 32% algunas veces, (1) 2% casi nunca y (20) 38% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron onicofagia fue algunas veces en primer grado. (Ver cuadro y figura No.34)

Cuadro No. 34 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de onicofagia por grado escolar

Grado	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	13	17	25	35	4	6	33	44	75	100
2°	17	31	18	32	2	4	19	33	56	100
3°	15	28	17	32	1	2	20	38	53	100

*FD

Figura No. 34 Porcentaje de la frecuencia de onicofagia por grado escolar



*FD

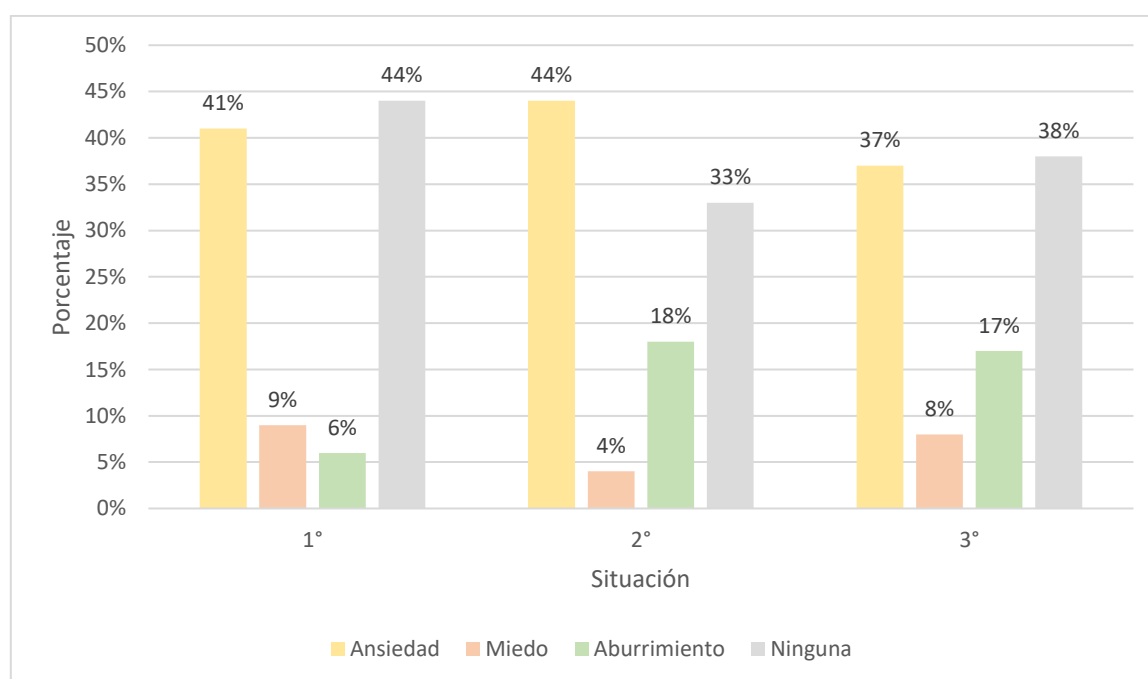
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (31) 41% presentaron onicofagia por ansiedad, (6) 9% por miedo, (4) 6% por aburrimiento y (33) 44% en ninguna de las situaciones anteriores; de segundo (25) 44% por ansiedad, (2) 4% por miedo, (10) 18% por aburrimiento y (19) 33% en ninguna; de tercero (20) 37% por ansiedad, (4) 8% por miedo, (9) 17% por aburrimiento y (20) 38% en ninguna; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron onicofagia fue por ansiedad en segundo grado. (Ver cuadro y figura No. 35)

Cuadro No. 35 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre la onicofagia por grado escolar

Grado	Ansiedad		Miedo		Aburrimiento		Ninguna		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	31	41	6	9	4	6	33	44	77	100
2°	25	44	2	4	10	18	19	33	60	100
3°	20	37	4	8	9	17	20	38	56	100

*FD

Figura No. 35 Porcentaje de situación en la que ocurre la onicofagia por grado escolar



*FD

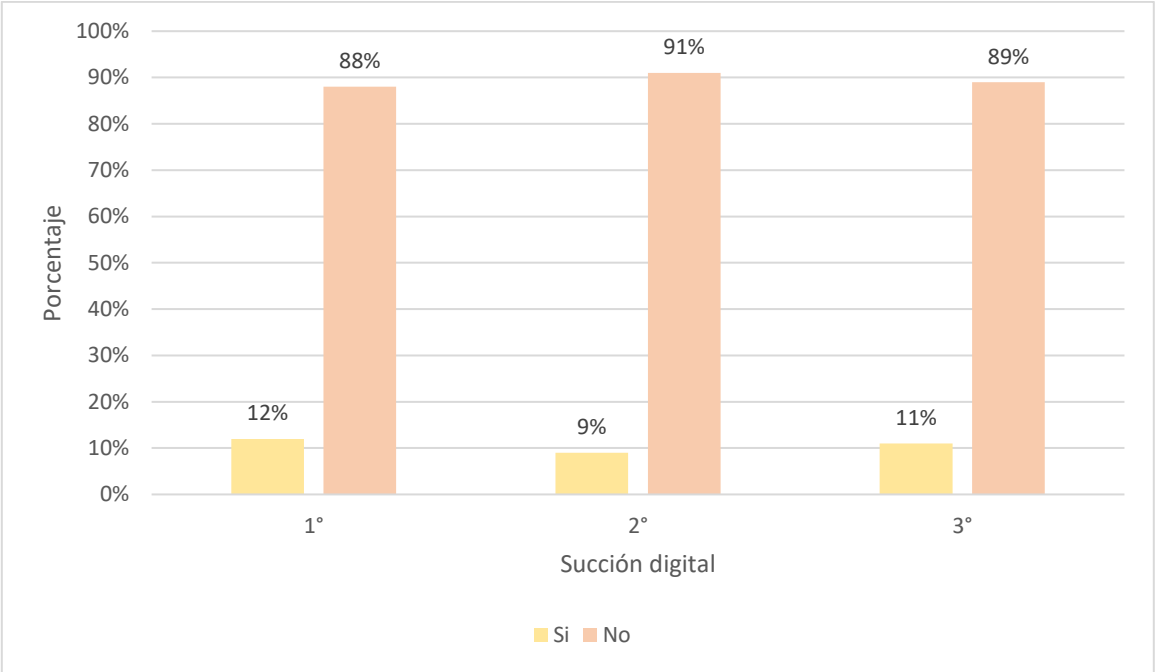
De total de adolescentes encuestados de primer grado (9) 12% presentaron succión digital y (66) 88% no, de segundo (5) 9% presentaron y (51) 91% no, de tercero (6) 11% presentaron y (47) 89% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron succión digital corresponde a primer grado. (Ver cuadro y figura No. 36)

Cuadro No. 36 Frecuencia y porcentaje de succión digital por grado escolar

Grado	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
1°	9	12	66	88	75	100
2°	5	9	51	91	56	100
3°	6	11	47	89	53	100

*FD

Figura No. 36 Porcentaje de succión digital por grado escolar



*FD

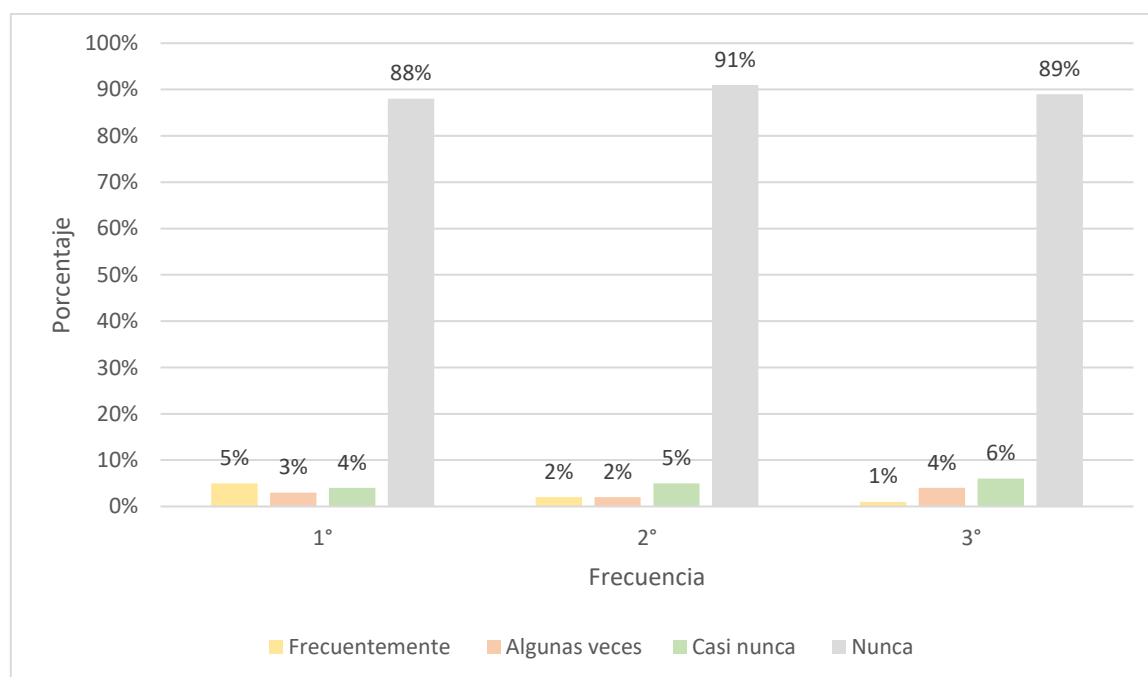
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (4) 5% presentaron succión digital frecuentemente, (2) 3% algunas veces, (3) 4% casi nunca y (66) 88% nunca; de segundo (1) 2% frecuentemente, (1) 2% algunas veces, (3) 5% casi nunca y (51) 91% nunca; de tercero (1) 1% frecuentemente, (2) 4% algunas veces, (3) 6% casi nunca y (47) 89% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes casi nunca presentaron succión digital en segundo grado. (Ver cuadro y figura No.37)

Cuadro No. 37 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de succión digital por grado escolar

Grado	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	4	5	2	3	3	4	66	88	75	100
2°	1	2	1	2	3	5	51	91	56	100
3°	1	1	2	4	3	6	47	89	53	100

*FD

Figura No. 37 Porcentaje de la frecuencia de succión digital por grado escolar



*FD

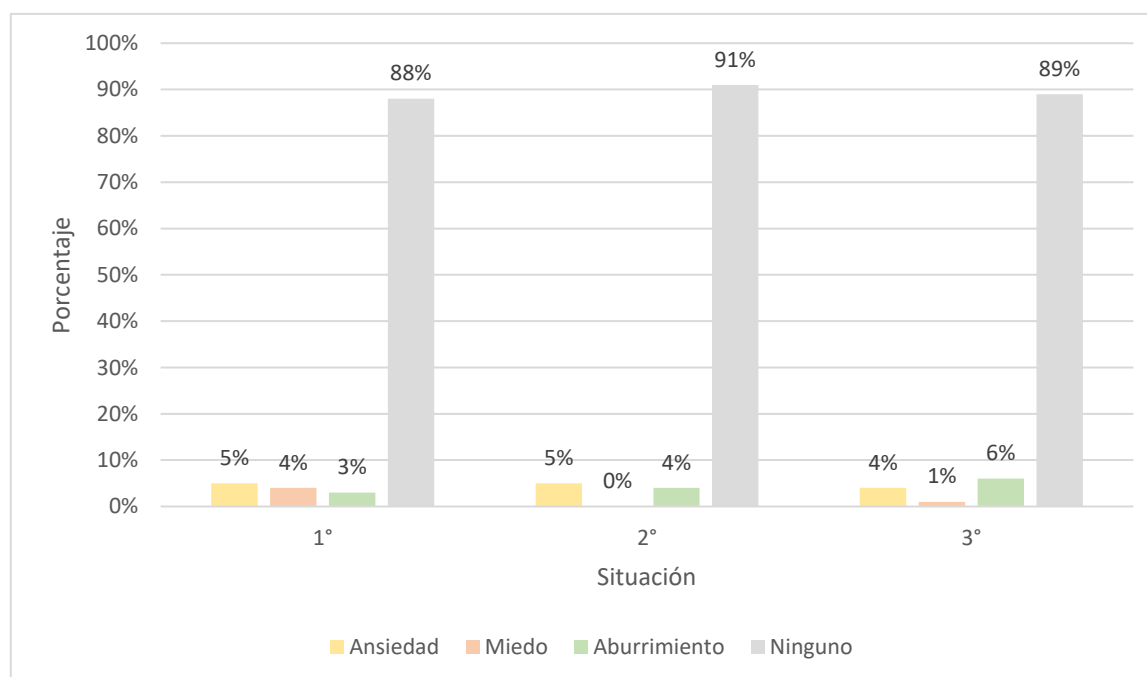
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (4) 5% presentaron succión digital por ansiedad, (3) 4% por miedo, (2) 3% por aburrimiento y (66) 88% en ninguna de las situaciones anteriores; de segundo (3) 5% por ansiedad, (0) 0% por miedo, (2) 4% por aburrimiento y (51) 91% en ninguna; de tercero (2) 4% por ansiedad, (1) 1% por miedo, (3) 6% por aburrimiento y (47) 89% en ninguna; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron succión digital por aburrimiento fue en tercer grado. (Ver cuadro y figura No. 38)

Cuadro No. 38 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre la succión digital por grado escolar

Grado	Ansiedad		Miedo		Aburrimiento		Ninguna		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	4	5	3	4	2	3	66	88	74	100
2°	3	5	0	0	2	4	51	91	56	100
3°	2	4	1	1	3	6	47	89	53	100

*FD

Figura No. 38 Porcentaje de situación en la que ocurre la succión digital por grado escolar



*F

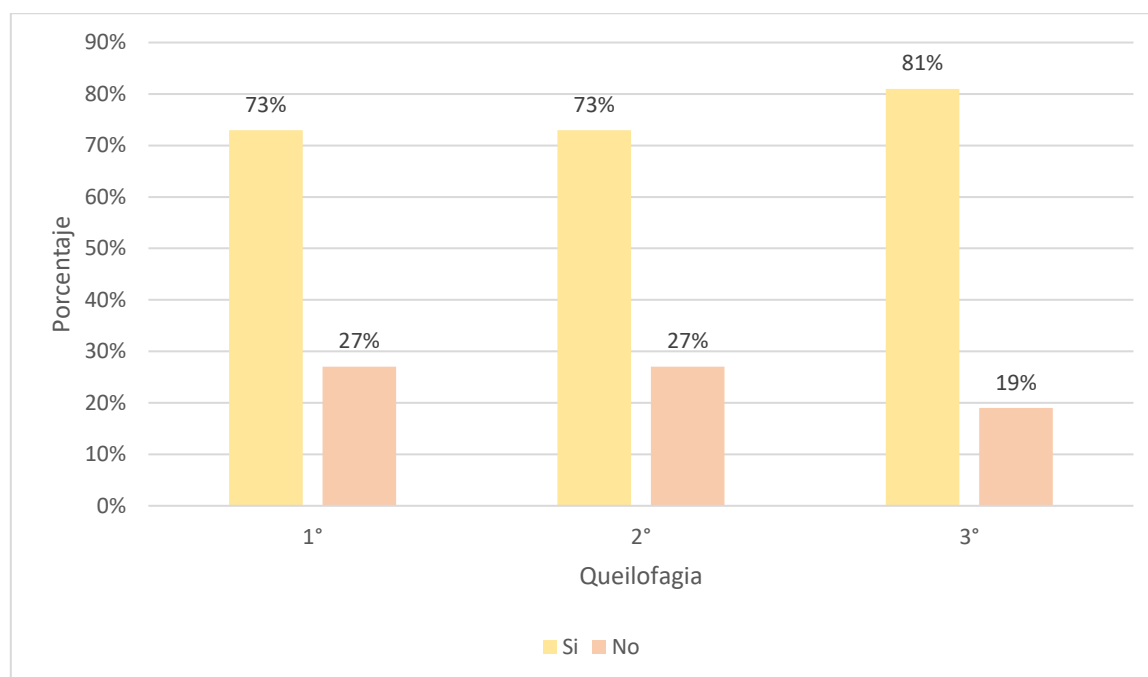
De total de adolescentes encuestados de primer grado (55) 73% presentaron queilofagia y (20) 27% no, de segundo (41) 73% presentaron y (15) 27% no, de tercero (43) 81% presentaron y (10) 19% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron queilofagia fue en tercer grado. (Ver cuadro y figura No 39)

Cuadro No. 39 Frecuencia y porcentaje de queilofagia por grado escolar

Grado	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
1°	55	73	20	27	75	100
2°	41	73	15	27	56	100
3°	43	81	10	19	53	100

*FD

Figura No. 39 Porcentaje de queilofagia por grado escolar



*FD

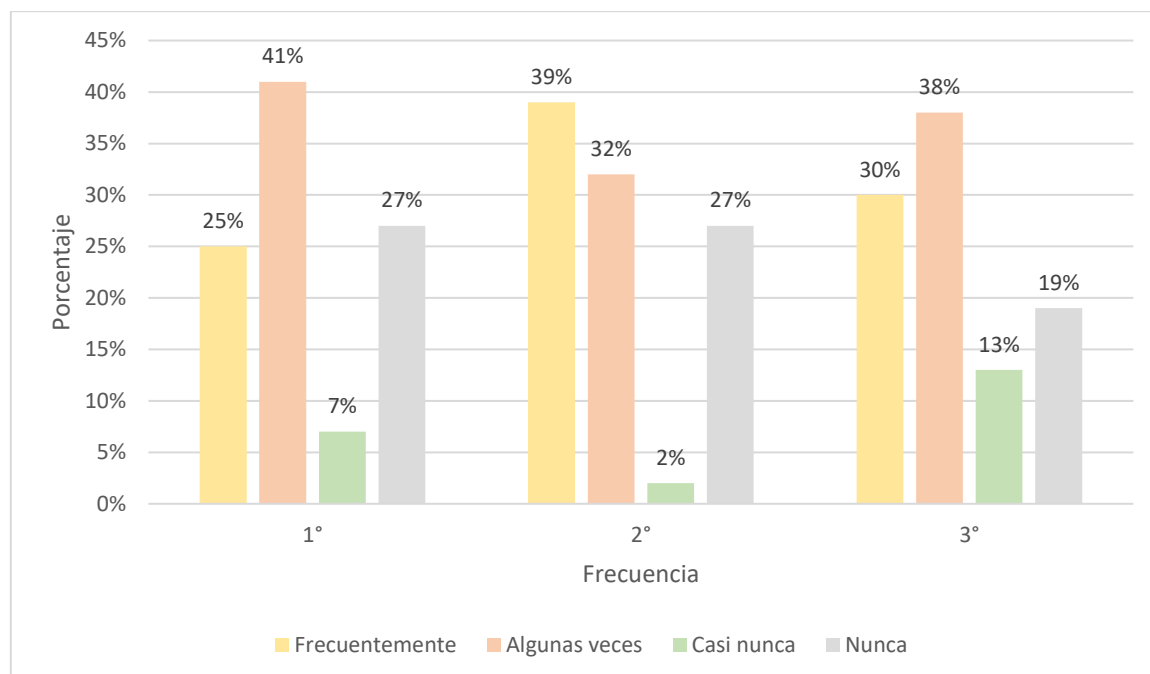
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (19) 25% presento queilofagia frecuentemente, (31) 41% algunas veces, (5) 7% casi nunca y (20) 27% nunca; de segundo (22) 39% frecuentemente, (18) 32% algunas veces, (1) 2% casi nunca y (15) 27% nunca; de tercero (16) 30% frecuentemente, (20) 38% algunas veces, (7) 13% casi nunca y (10) 19% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron queilofagia fue algunas veces en primer grado. (Ver cuadro y figura No.40)

Cuadro No. 40 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de queilofagia por grado escolar

Grado	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	19	25	31	41	5	7	20	27	76	100
2°	22	39	18	32	1	2	15	27	56	100
3°	16	30	20	38	7	13	10	19	53	100

*FD

Figura No. 40 Porcentaje de la frecuencia de queilofagia por grado escolar



*FD

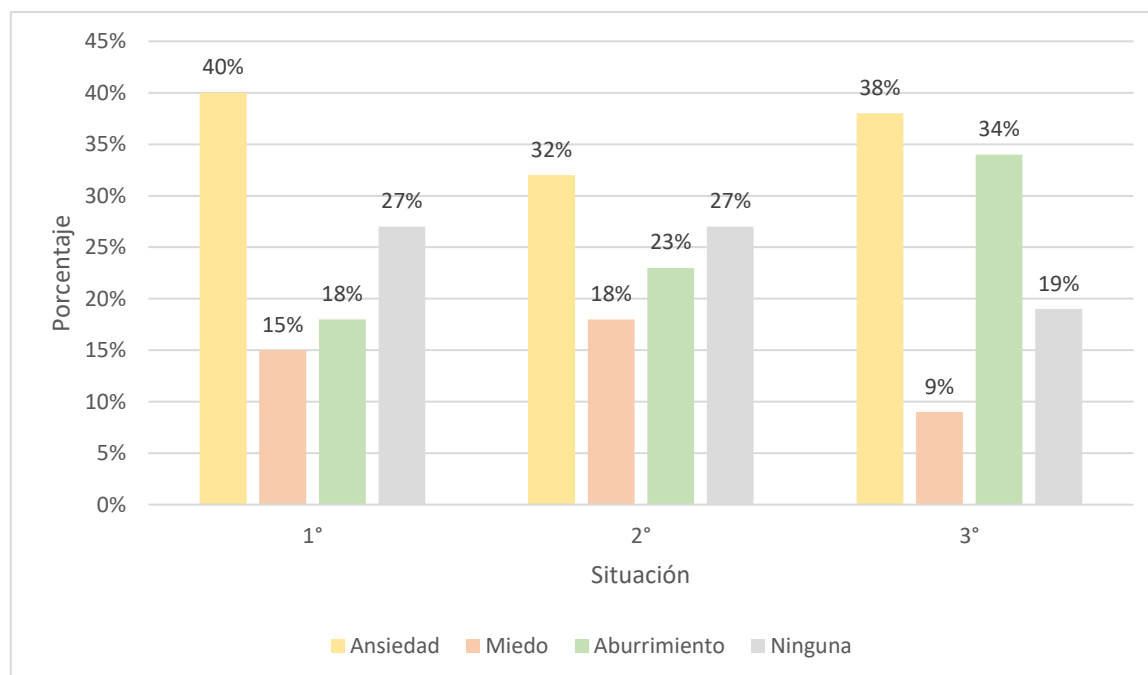
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (30) 40% presentaron queilofagia por ansiedad, (11) 15% por miedo, (14) 18% por aburrimiento y (20) 27% en ninguna de las situaciones anteriores; de segundo (18) 32% por ansiedad, (10) 18% por miedo, (13) 23% por aburrimiento y (15) 27% en ninguna; de tercero (20) 38% por ansiedad, (5) 9% por miedo, (18) 34% por aburrimiento y (10) 19% en ninguna; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron queilofagia fue por ansiedad en primer grado. (Ver cuadro y figura No. 41)

Cuadro No. 41 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre la queilofagia por grado escolar

Grado	Ansiedad		Miedo		Aburrimiento		Ninguna		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	30	40	11	15	14	18	20	27	75	100
2°	18	32	10	18	13	23	15	27	56	100
3°	20	38	5	9	18	34	10	19	53	100

*FD

Figura No. 41 Porcentaje de situación en la que ocurre la queilofagia por grado escolar



*FD

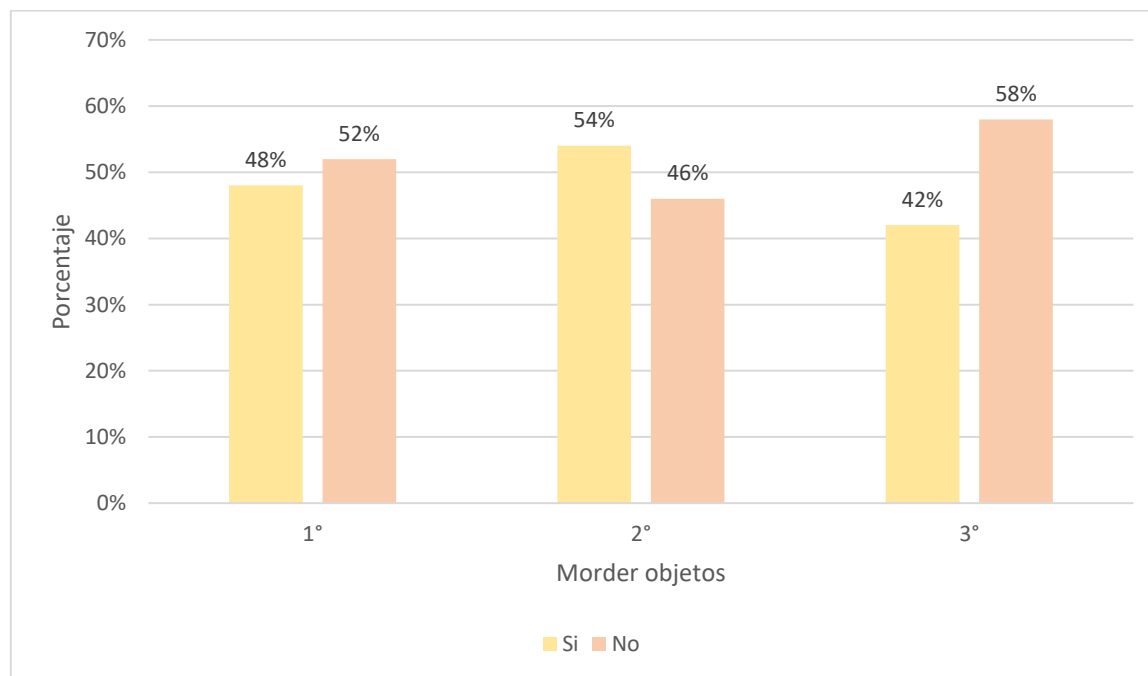
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (36) 48% reportaron morder objetos y (39) 52% no, de segundo (30) 54% reportaron morder objetos y (26) 46% no, de tercero (22) 42% reportaron morder objetos y (31) 58% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que reportaron morder objetos fue en segundo grado. (Ver cuadro y figura No 42)

Cuadro No. 42 Frecuencia y porcentaje de morder objetos por grado escolar

Grado	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
1°	36	48	39	52	75	100
2°	30	54	26	46	56	100
3°	22	42	31	58	53	100

*FD

Figura No.42 Porcentaje de morder objetos por grado escolar



*FD

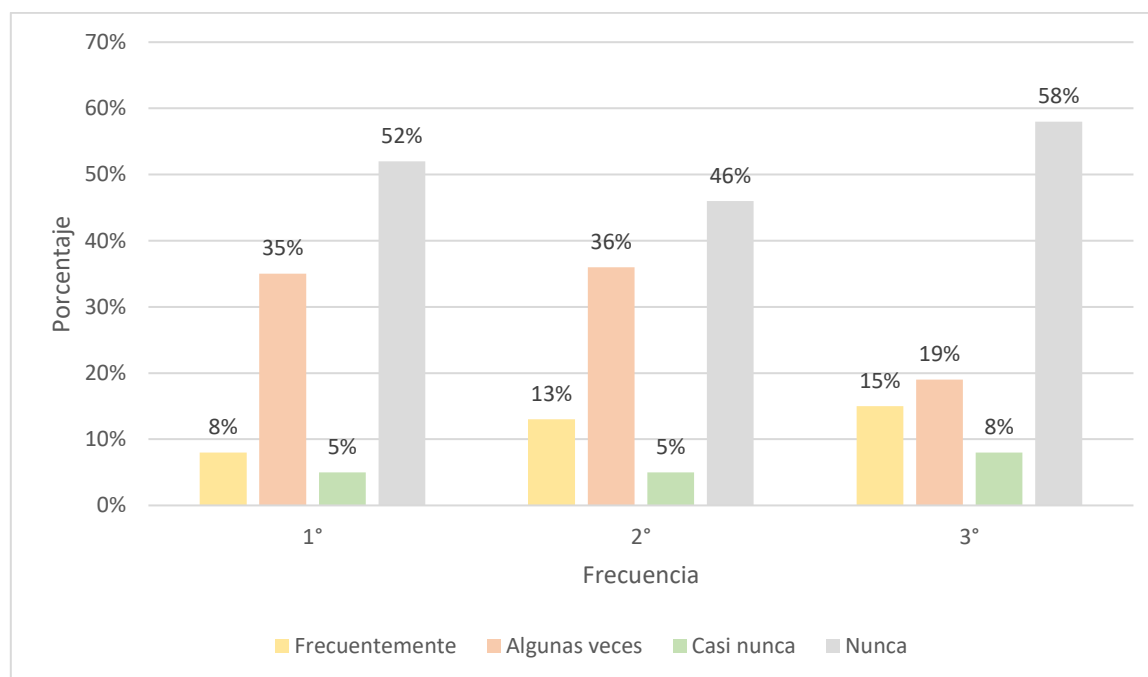
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (6) 8% reportaron morder objetos frecuentemente, (26) 35% algunas veces, (4)5 % casi nunca y (39) 52% nunca; de segundo (7) 13% frecuentemente, (20) 36% algunas veces, (3) 5% casi nunca y (26) 46% nunca; de tercero (8) 15% frecuentemente, (10) 19% algunas veces, (4) 8% casi nunca y (31) 58% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes reportaron morder objetos algunas veces en segundo grado. (Ver cuadro y figura No.43)

Cuadro No. 43 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de morder objetos por grado escolar

Grado	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	6	8	26	35	4	5	39	52	75	100
2°	7	13	20	36	3	5	26	46	56	100
3°	8	15	10	19	4	8	31	58	53	100

*FD

Figura No.43 Porcentaje de la frecuencia de morder objetos por grado escolar



*FD

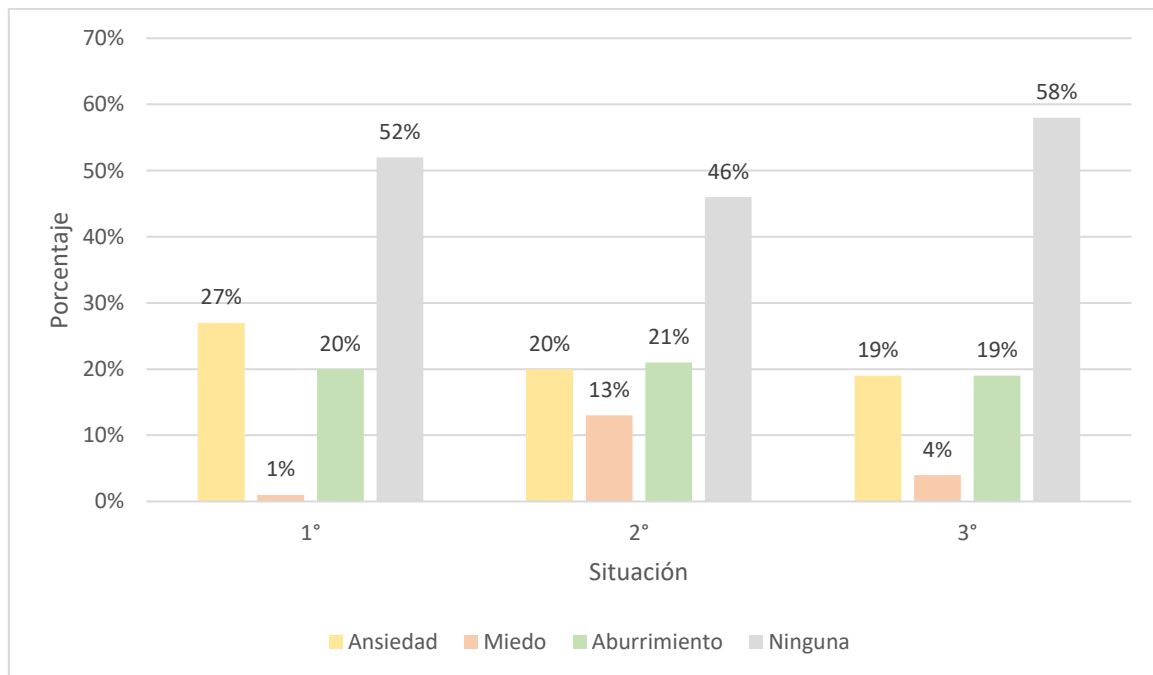
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (20) 27% reportaron morder objetos por ansiedad, (1) 1% por miedo, (15) 20% por aburrimiento y (39) 52% en ninguna de las situaciones anteriores; de segundo (11) 20% por ansiedad, (7) 13% por miedo, (12) 21% por aburrimiento y (26) 46% en ninguna; de tercero (10) 19% por ansiedad, (2) 4% por miedo, (10) 19% por aburrimiento y (31) 58% en ninguna; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes reportaron morder objetos por ansiedad en primer grado. (Ver cuadro y figura No. 44)

Cuadro No.44 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre el morder objetos por grado escolar

Grado	Ansiedad		Miedo		Aburrimiento		Ninguna		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	20	27	1	1	15	20	39	52	75	100
2°	11	20	7	13	12	21	26	46	56	100
3°	10	19	2	4	10	19	31	58	53	100

*FD

Figura No. 44 Porcentaje de situación en la que ocurre el morder objetos por grado escolar



*FD

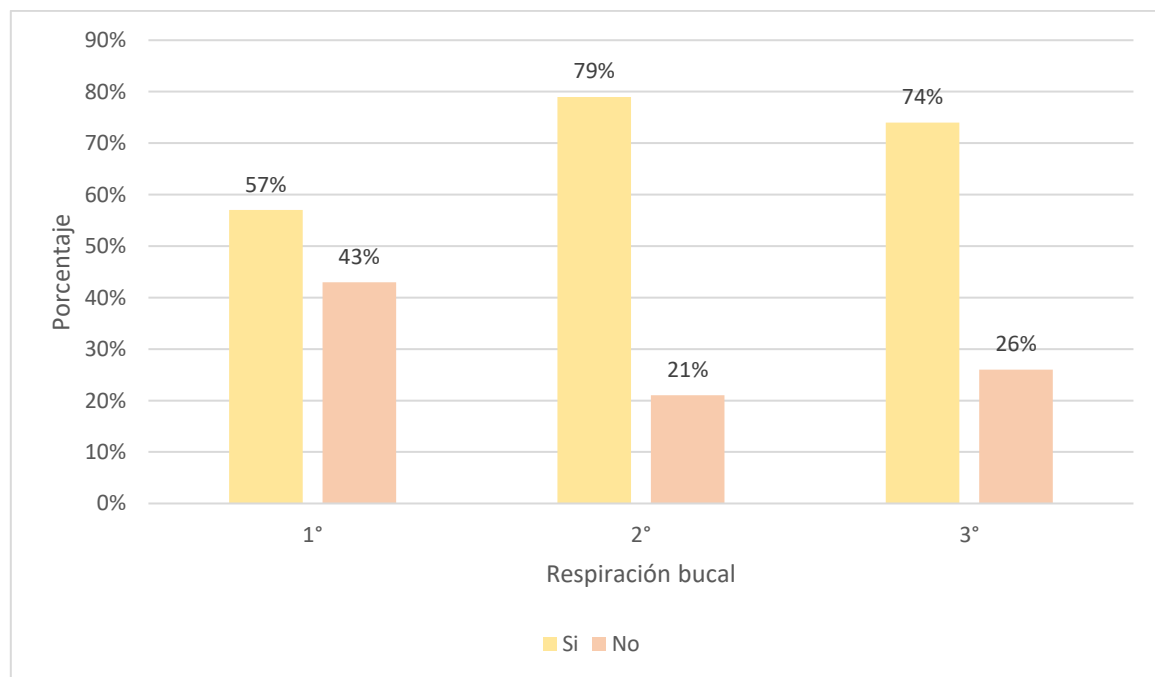
De total de adolescentes encuestados de primer grado (42) 56% reportaron ser respirador bucal y (33) 44% no, de segundo (44) 79% es respirador bucal y (12) 21% no, de tercero (39) 74% es respirador bucal y (14) 26% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que reportaron ser respirador bucal corresponde a segundo grado. (Ver cuadro y figura No 45)

Cuadro No.45 Frecuencia y porcentaje de respiración bucal por grado escolar

Grado	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
1°	42	56	33	44	75	100
2°	44	79	12	21	56	100
3°	39	74	14	26	53	100

*FD

Figura No.45 Porcentaje de respiración bucal por grado escolar



*FD

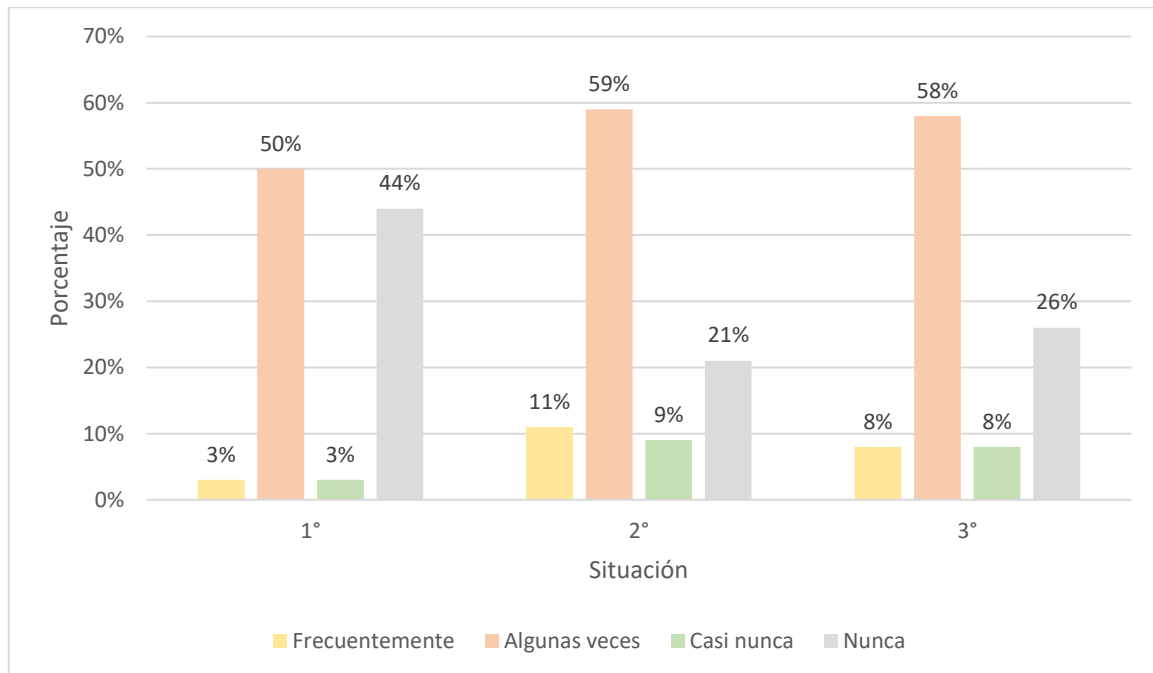
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (2) 3% presentaron respiración bucal todo el tiempo, (38) 50% durante actividad física o esfuerzos, (2) 3% por enfermedad y (33) 44% nunca; de segundo (6) 11% todo el tiempo, (33) 59% durante actividad física o esfuerzos, (5) 9% por enfermedad y (12) 21% nunca; de tercero (4) 8% todo el tiempo, (31) 58% durante actividad física o esfuerzo, (4) 8% por enfermedad y (14) 26% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron respiración bucal durante actividad física o esfuerzos fue en segundo grado. (Ver cuadro y figura No.46)

Cuadro No.46 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre la respiración bucal por grado escolar

Grado	Todo el tiempo		Por actividad física/esfuerzo		Enfermedad		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	2	3	38	50	2	3	33	44	76	100
2°	6	11	33	59	5	9	12	21	58	100
3°	4	8	31	58	4	8	14	26	53	100

*FD

Figura No.46 Porcentaje de situación en la que ocurre la respiración bucal por grado escolar



*FD

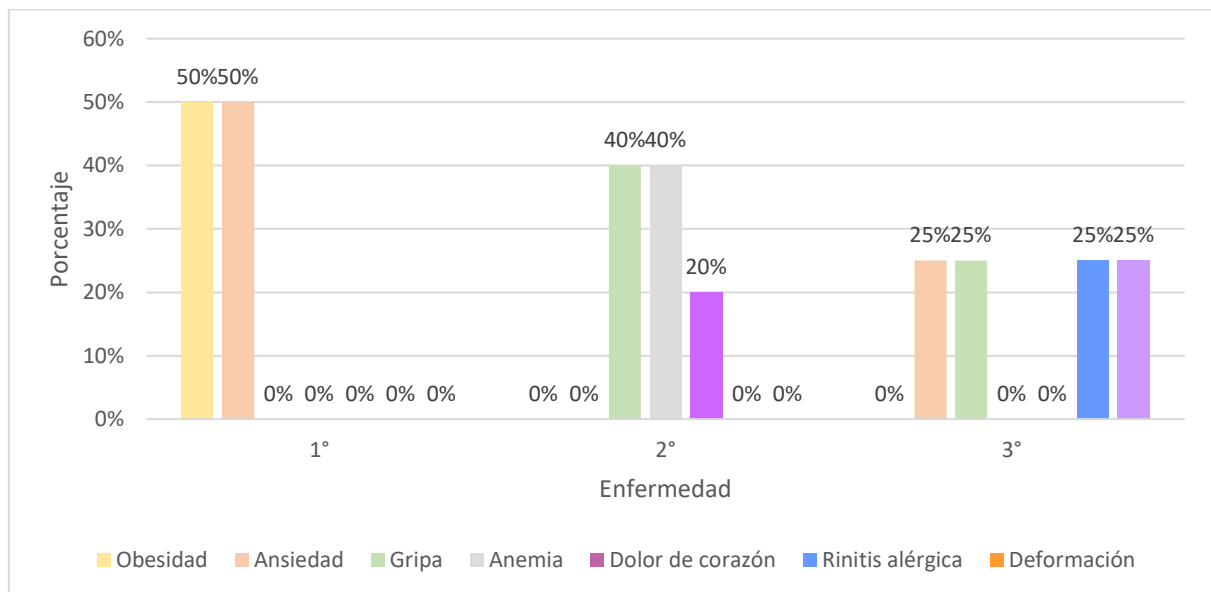
Del total de adolescentes que presentaron alguna enfermedad que no les permita respirar por la nariz de primer grado (1) 50% fue por obesidad, (1) 50% por ansiedad, (0) 0% por gripa, anemia, dolor de corazón, rinitis alérgica y deformación; de segundo (2) 40% por gripa, (2) 40% por anemia, (1) 20% por dolor en el corazón y (0) 0% por obesidad, ansiedad, rinitis y deformación; de tercero(1) 25% por ansiedad, (1) 25% por gripa, (1) 25% por rinitis alérgica, (1) 25% por deformación y (0) 0% por obesidad, anemia, dolor de corazón; como podemos ver el mayor porcentaje corresponde a obesidad y ansiedad en primer grado. (Ver cuadro y figura No.47)

Cuadro No.47 Frecuencia y porcentaje de enfermedad por la que ocurre la respiración bucal por grado

Grado	Obesidad		Ansiedad		Gripa		Anemia		Dolor de corazón		Rinitis alérgica		Deformación		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100
2°	0	0	0	0	2	40	2	40	1	20	0	0	0	0	5	100
3°	0	0	1	25	1	25	0	0	0	0	1	25	1	25	4	100

*FD

Figura No.47 Porcentaje de enfermedad por la que ocurre la respiración bucal por grado escolar



*FD

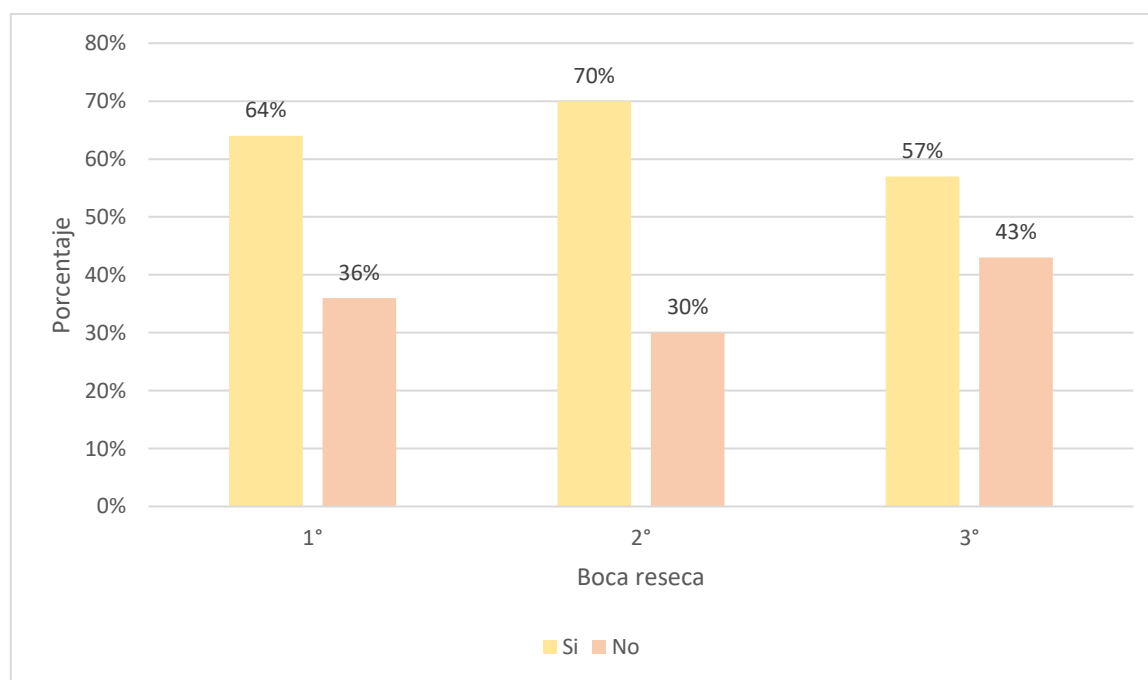
De total de adolescentes encuestados de primer grado (48) 64% presentaron boca reseca al despertar y (27) 36% no, de segundo (39) 70% presentaron y (17) 30% no, de tercero (30) 57% presentaron y (23) 43% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron boca reseca al despertar fue en segundo grado. (Ver cuadro y figura No. 48)

Cuadro No.48 Frecuencia y porcentaje de boca reseca al despertar por grado escolar

Grupo	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
1°	48	64	27	36	75	100
2°	39	70	17	30	56	100
3°	30	57	23	43	53	100

*FD

Figura No.48 Porcentaje de boca reseca al despertar por grado escolar



*FD

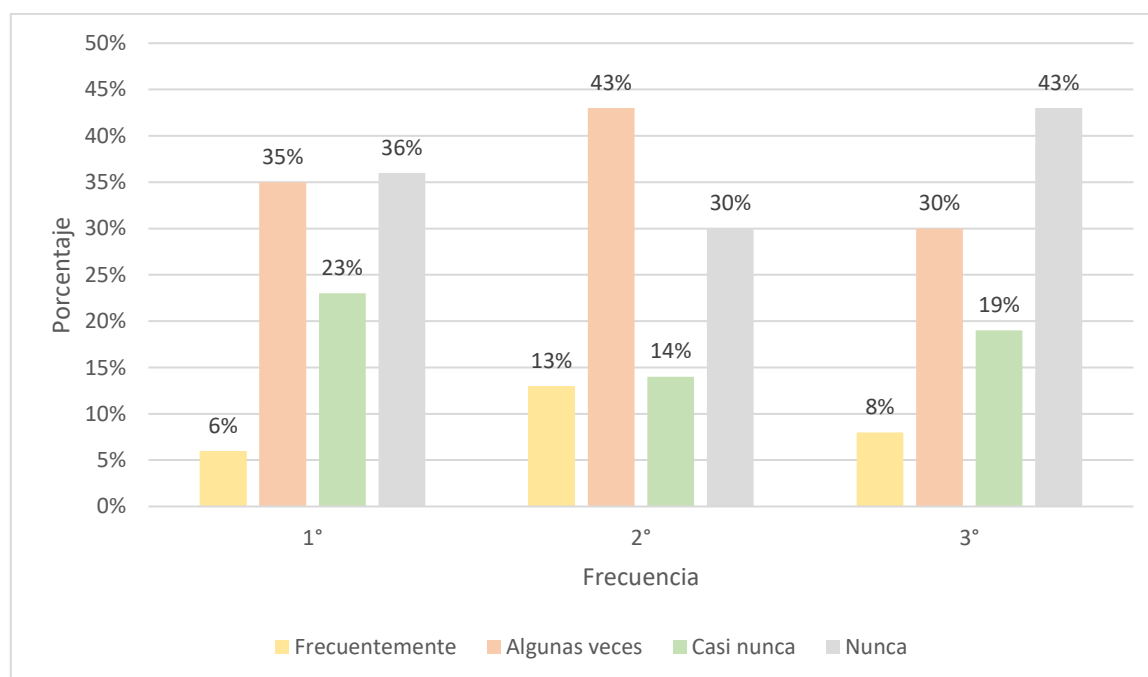
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (5) 6% presento boca reseca frecuentemente, (26) 35% algunas veces, (17) 23% casi nunca y (27) 36% nunca; de segundo (7) 13% frecuentemente, (24) 43% algunas veces, (8) 14% casi nunca y (17) 30% nunca; de tercero (4) 8% frecuentemente, (16) 30% algunas veces, (10) 19% casi nunca y (23) 43% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron boca reseca al despertar fue algunas veces en segundo grado. (Ver cuadro y figura No.49)

Cuadro No. 49 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de boca reseca al despertar por grado escolar

Grupo	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	5	6	26	35	17	23	27	36	74	100
2°	7	13	24	43	8	14	17	30	56	100
3°	4	8	16	30	10	19	23	43	53	100

*FD

Figura No.49 Porcentaje de la frecuencia de boca reseca por grado escolar



*FD

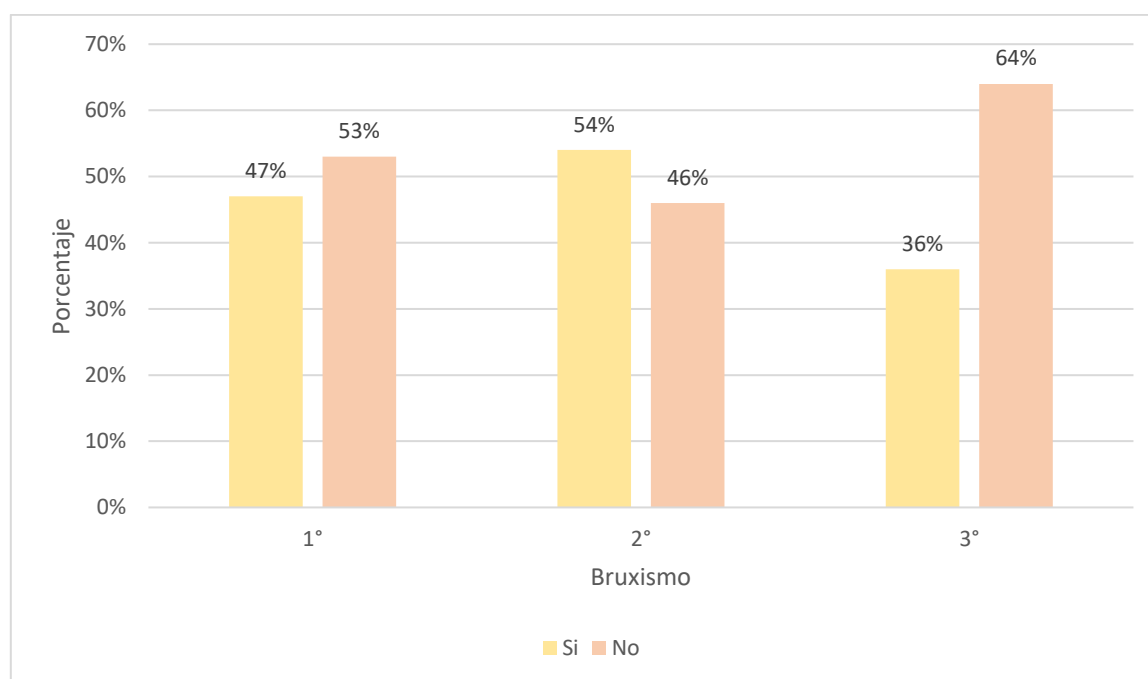
De total de adolescentes encuestados de primer grado (35) 47% presentaron bruxismo y (40) 53% no, de segundo (30) 54% presentaron y (26) 46% no, de tercero (19) 36% presentaron y (34) 64% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron bruxismo fue en segundo grado. (Ver cuadro y figura No. 50)

Cuadro No. 50 Frecuencia y porcentaje de bruxismo por grado escolar

Grado	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
1°	35	47	40	53	75	100
2°	30	54	26	46	56	100
3°	19	36	34	64	53	100

*FD

Figura No.50 Porcentaje de bruxismo por grado escolar



*FD

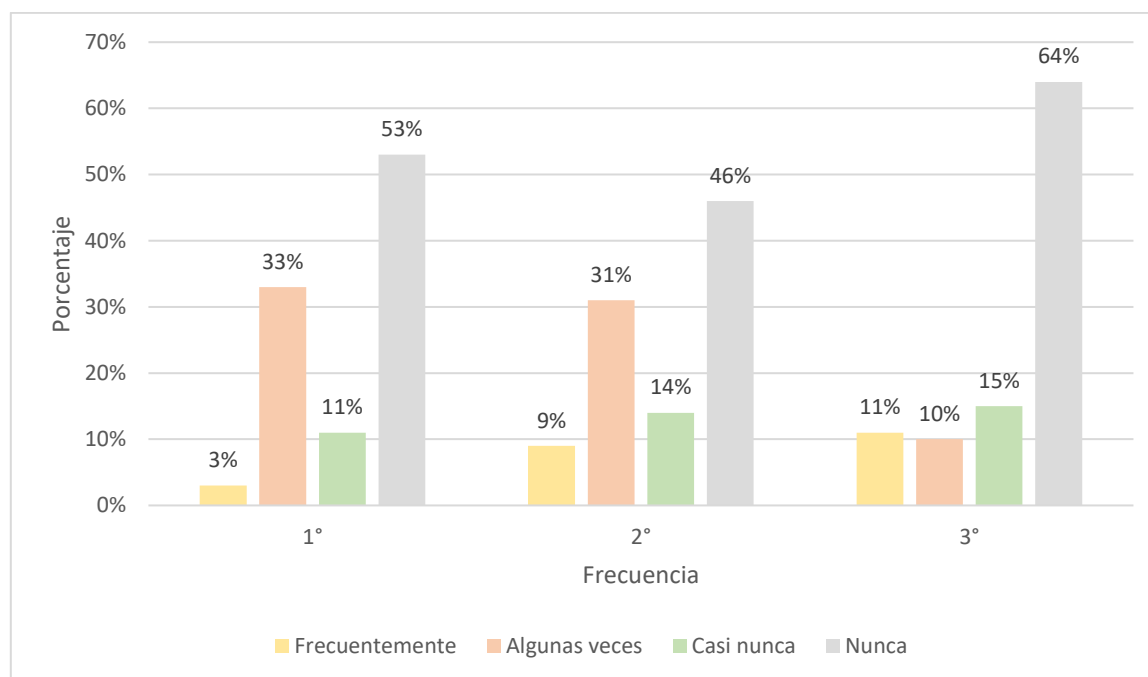
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (2) 3% presento bruxismo frecuentemente, (25) 33% algunas veces, (8) 11% casi nunca y (40) 53% nunca; de segundo (5) 9% frecuentemente, (17) 31% algunas veces, (8) 14% casi nunca y (26) 46% nunca; de tercero (6) 11% frecuentemente, (5) 10% algunas veces, (8) 15% casi nunca y (34) 64% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron bruxismo fue algunas veces en primer grado. (Ver cuadro y figura No.51)

Cuadro No. 51 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia de bruxismo por grado escolar

Grado	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	2	3	25	33	8	11	40	53	75	100
2°	5	9	17	31	8	14	26	46	56	100
3°	6	11	5	10	8	15	34	64	53	100

*FD

Figura No. 51 Porcentaje de la frecuencia de bruxismo por grado escolar



*FD

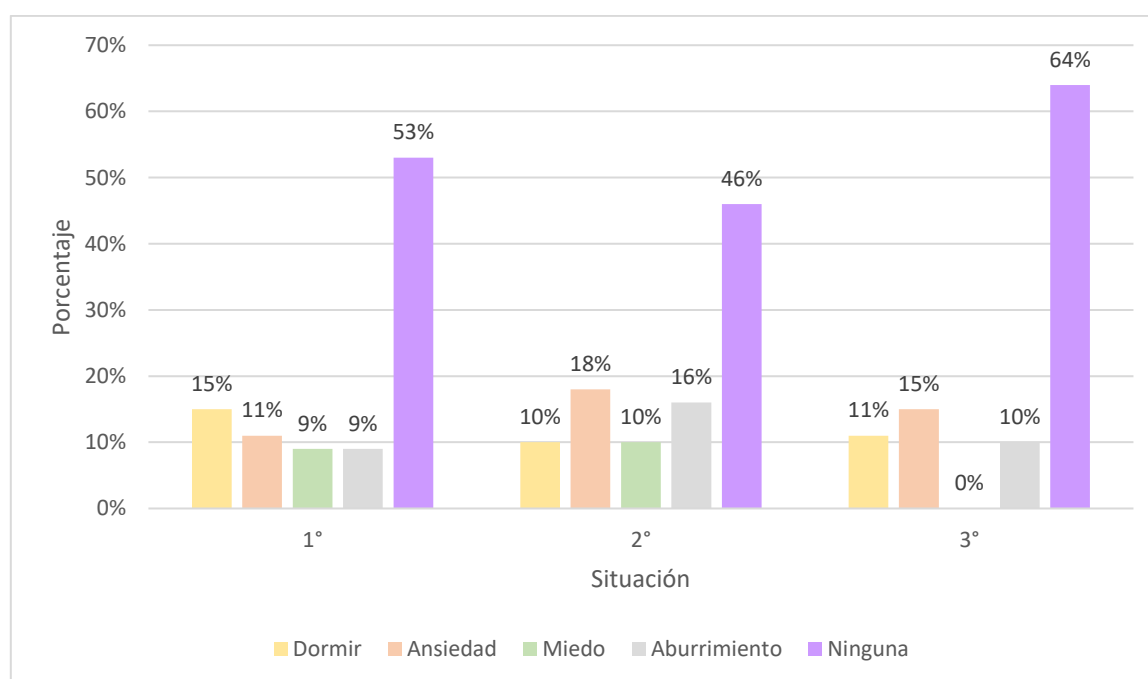
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (11) 15% presentaron bruxismo al dormir, (10) 11% por ansiedad, (7) 9% por miedo, (7) 9% por aburrimiento y (40) 53% en ninguna de las situaciones anteriores; de segundo (5) 10% al dormir, (11) 18% por ansiedad, (5) 10% por miedo, (9) 16% por aburrimiento y (26) 46% en ninguna; de tercero (6) 11% al dormir, (8) 15% por ansiedad, (0) 0% por miedo, (5) 10% por aburrimiento y (34) 64% en ninguna; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presento bruxismo fue por ansiedad en segundo grado. (Ver cuadro y figura No. 52)

Cuadro No.52 Frecuencia y porcentaje de situación en la que ocurre el bruxismo por grado escolar

Grado	Dormir		Ansiedad		Miedo		Aburrimiento		Ninguna		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	11	15	10	11	7	9	7	9	40	53	75	100
2°	5	10	11	18	5	10	9	16	26	46	56	100
3°	6	11	8	15	0	0	5	10	34	64	53	100

*FD

Figura No. 52 Porcentaje de situación en la que ocurre el bruxismo por grado escolar



*FD

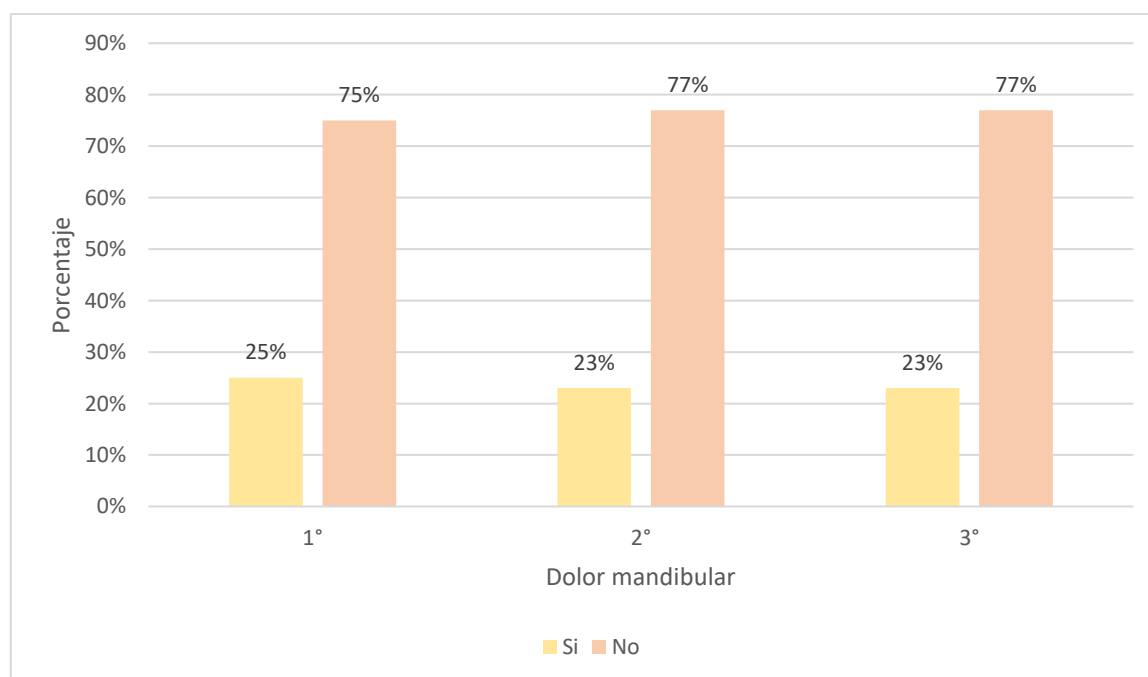
De total de adolescentes encuestados de primer grado (19) 25% presentaron dolor mandibular matutino y (56) 75% no, de segundo (13) 23% presentaron y (43) 77% no, de tercero (12) 23% presentaron y (41) 77% no; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron dolor mandibular fue matutino en primer grado. (Ver cuadro y figura No. 53)

Cuadro No. 53 Frecuencia y porcentaje de dolor mandibular matutino por grado escolar

Grado	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
1°	19	25	56	75	75	100
2°	13	23	43	77	56	100
3°	12	23	41	77	53	100

*FD

Figura No. 53 Porcentaje de dolor mandibular matutino por grado escolar



*FD

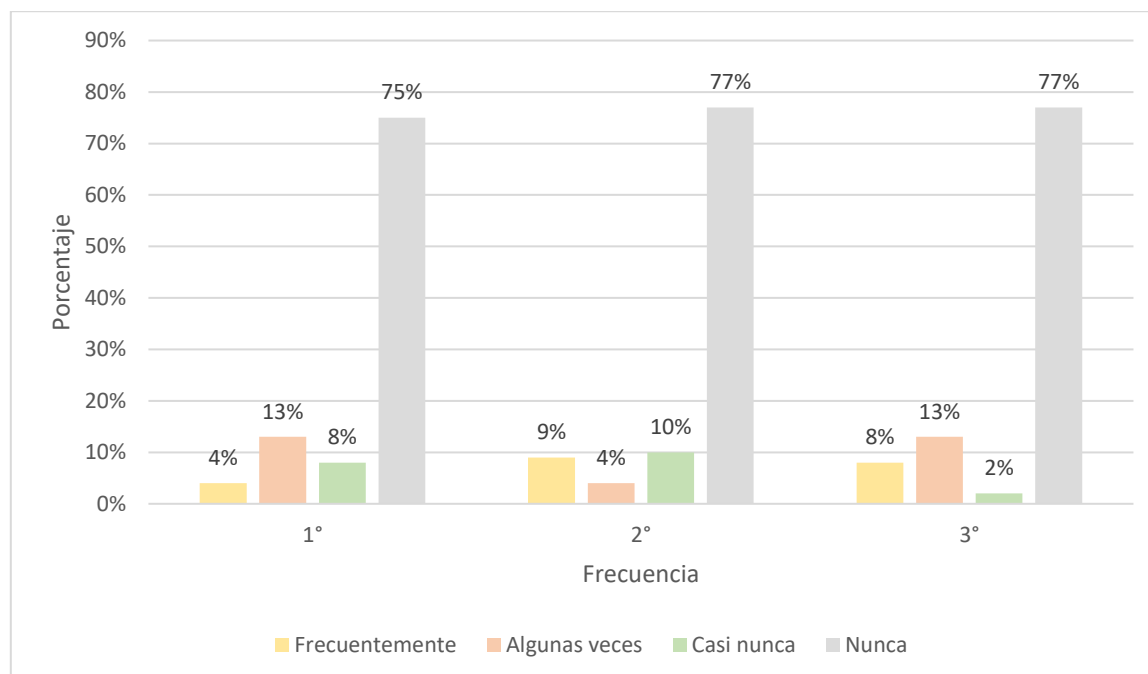
Del total de adolescentes encuestados de primer grado (3) 4% presentó dolor mandibular matutino frecuentemente, (10) 13% algunas veces, (6) 8% casi nunca y (56) 75% nunca; de segundo (5) 9% frecuentemente, (2) 4% algunas veces, (6) 10% casi nunca y (43) 77% nunca; de tercero (4) 8% frecuentemente, (7) 13% algunas veces, (1) 2% casi nunca y (41) 77% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron dolor mandibular fue matutino algunas veces en primero y tercer grado. (Ver cuadro y figura No.54)

Cuadro No. 54 Frecuencia y porcentaje de la frecuencia del dolor mandibular matutino por grado escolar

Grado	Frecuentemente		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1°	3	4	10	13	6	8	56	75	75	100
2°	5	9	2	4	6	10	43	77	56	100
3°	4	8	7	13	1	2	41	77	53	100

*FD

Figura No. 54 Porcentaje de la frecuencia del dolor mandibular matutino por grado escolar



*FD

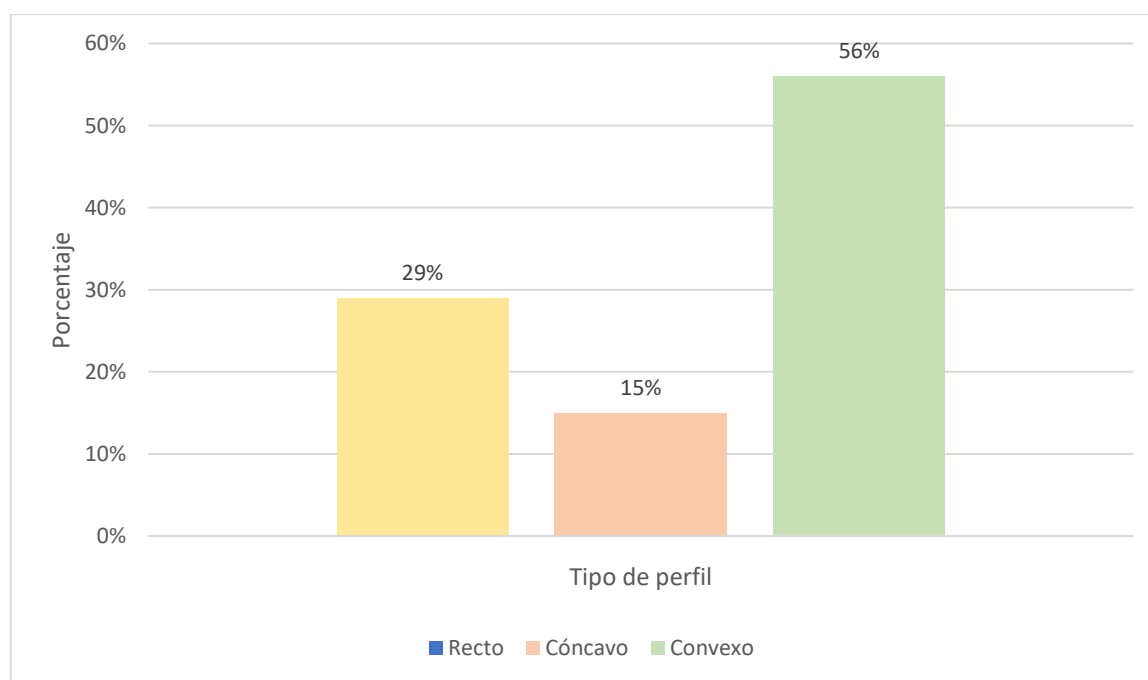
Del total de adolescentes revisados (54) 29% presentó perfil facial recto, (27) 15% cóncavo y (103) 56% convexo; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentó perfil convexo. (Ver cuadro y figura No. 55)

Cuadro No. 55 Frecuencia y porcentaje del total de tipo de perfil facial

Perfil	Frecuencia	Porcentaje
Recto	54	29
Cóncavo	27	15
Convexo	103	56
Total	184	100

*FD

Figura No.55 Porcentaje del total de tipo de perfil facial



*FD

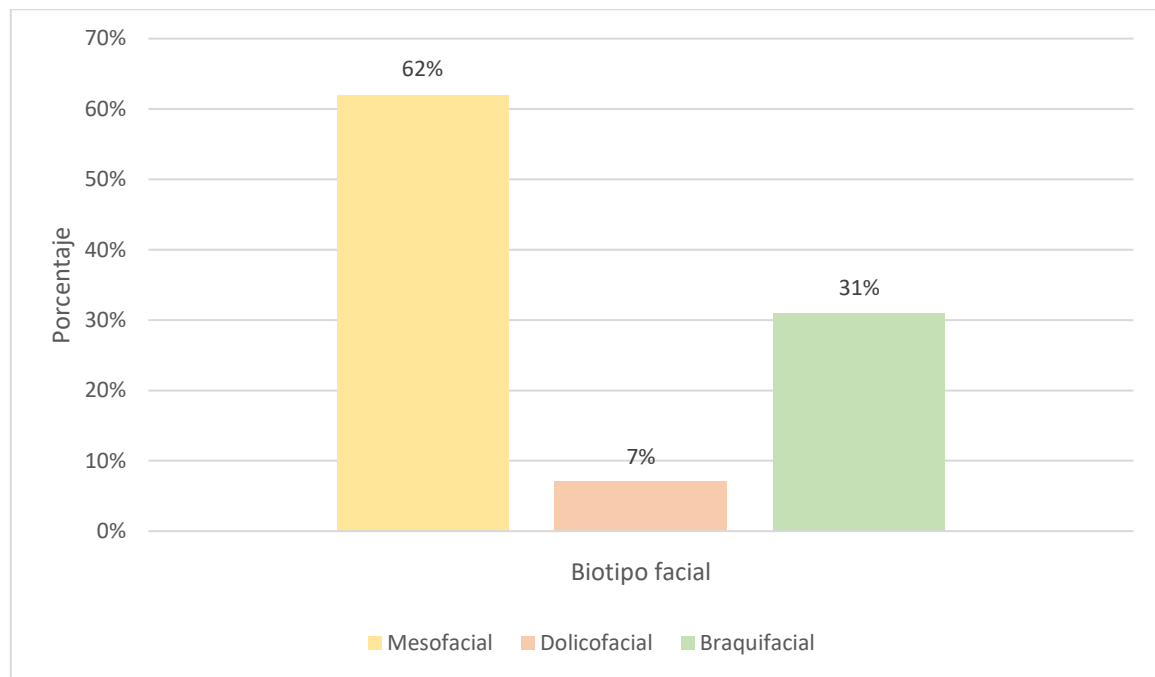
Del total de adolescentes revisados (114) 62% presentaron biotipo mesofacial, (13) 7% dolicofacial y (57) 31% braquifacial; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentó biotipo mesofacial. (Ver cuadro y figura No.56)

Cuadro No.56 Frecuencia y porcentaje total de biotipo facial

Biotipo	Frecuencia	Porcentaje
Mesofacial	114	62
Dolicofacial	13	7
Braquifacial	57	31
Total	184	100

*FD

Figura No. 56 Porcentaje total de biotipo facial



*FD

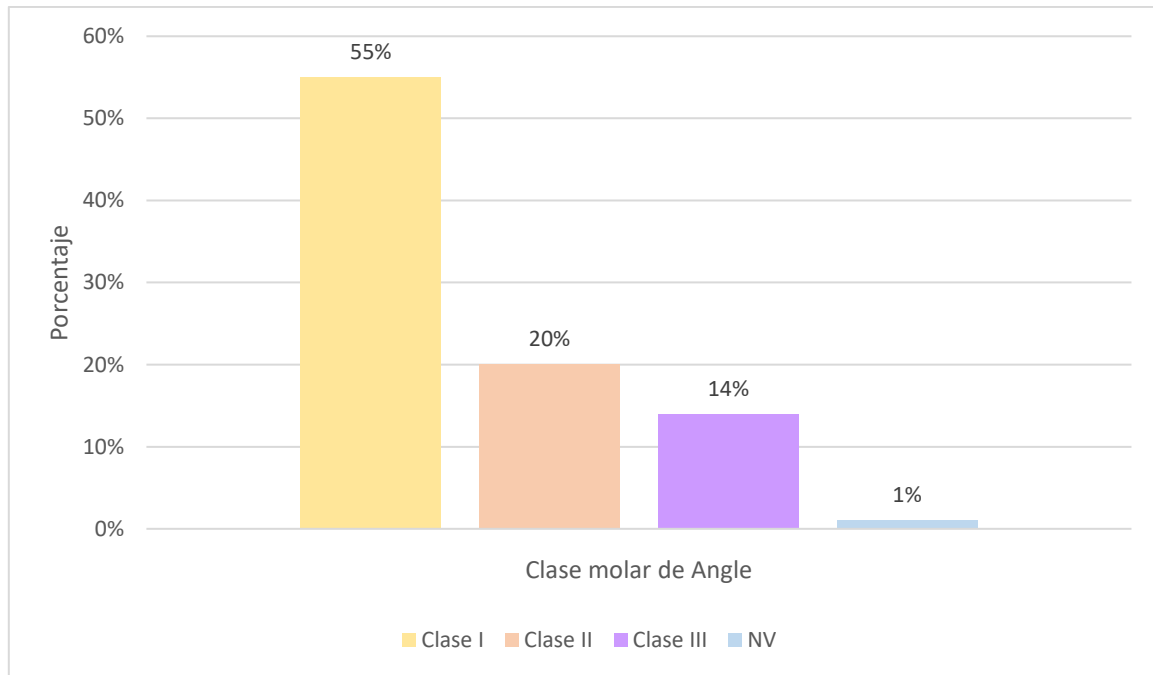
Del total de adolescentes revisados (112) 61% presentaron clase molar I de Angle, (42) 23% clase II, (28) 15% clase III y (2) 1% no valorable; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentó clase molar I. (Ver cuadro y figura No.57)

Cuadro No. 57 Frecuencia y porcentaje total de Clase molar de Angle

Clase molar	Frecuencia	Porcentaje
Clase I	112	61
Clase II	42	23
Clase III	28	15
No valorable	2	1
Total	184	100

*FD

Figura No.57 Porcentaje total de Clase molar de Angle



*FD

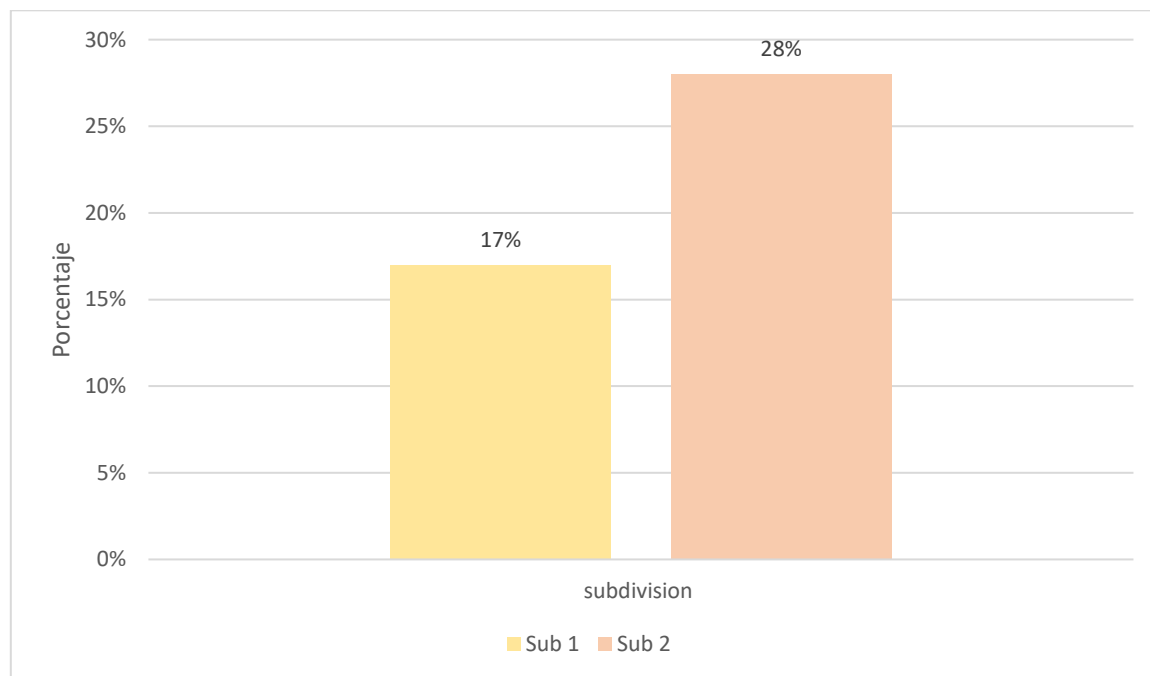
Del total de adolescentes que presentaron clase II (7) 17% presentaron subdivisión 1 y (12) 28% subdivisión 2 , como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentaron subdivisión 2. (Ver cuadro y figura No. 58)

Cuadro No.58 Frecuencia y porcentaje total de subdivisión de clase II

Subdivisión clase II	Frecuencia	Porcentaje
Sub 1	7	17
Sub 2	12	28
Total	42	100

*FD

Figura No.58 Porcentaje total de subdivisión de clase II



*FD

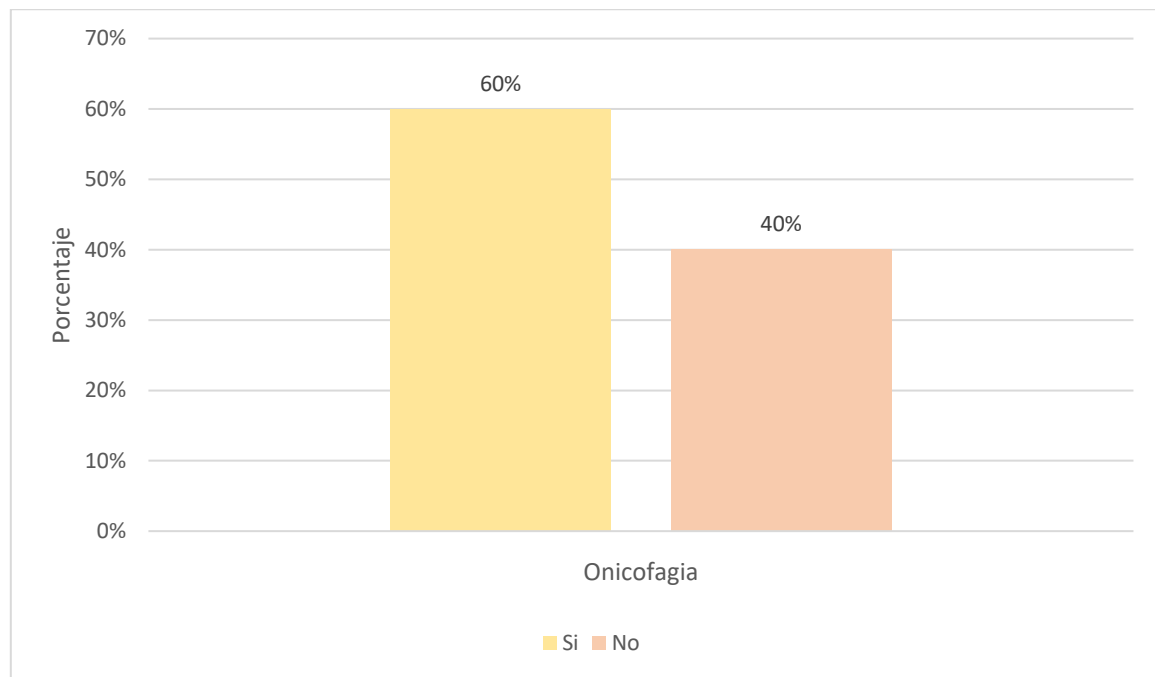
Del total de adolescentes encuestados (112) 60% presentaron onicofagia y (72) 40% no, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentaron onicofagia. (Ver cuadro y figura No. 59)

Cuadro No.59 Frecuencia y porcentaje total de onicofagia

Onicofagia	Frecuencia	Porcentaje
Si	112	60
No	72	40
Total	184	100

*FD

Figura No.59 Porcentaje total de onicofagia



*FD

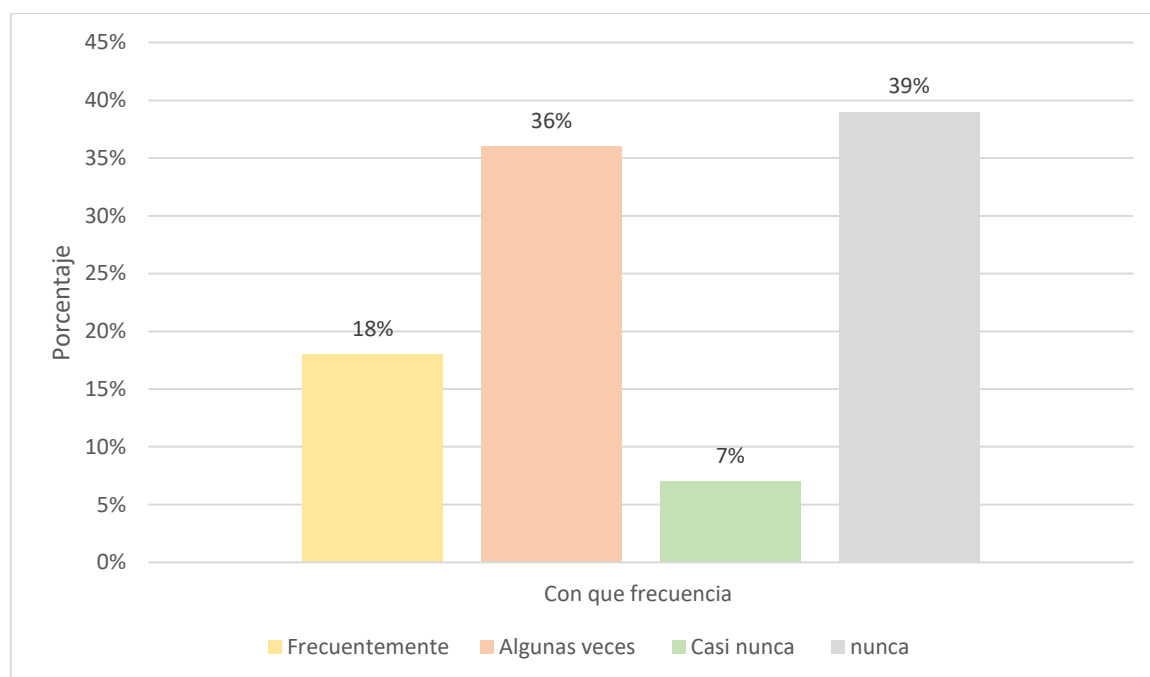
Del total de adolescentes (34) 18% presentaron onicofagia frecuentemente, (66) 36% algunas veces, (12) 7% casi nunca y (72) 39% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presenta onicofagia algunas veces. (Ver cuadro y figura No. 60)

Cuadro No. 60 Frecuencia y porcentaje total de la frecuencia de onicofagia

Onicofagia	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	34	18
Algunas veces	66	36
Casi nunca	12	7
Nunca	72	39
Total	184	100

*FD

Figura No. 60 Porcentaje total de la frecuencia de onicofagia



*FD

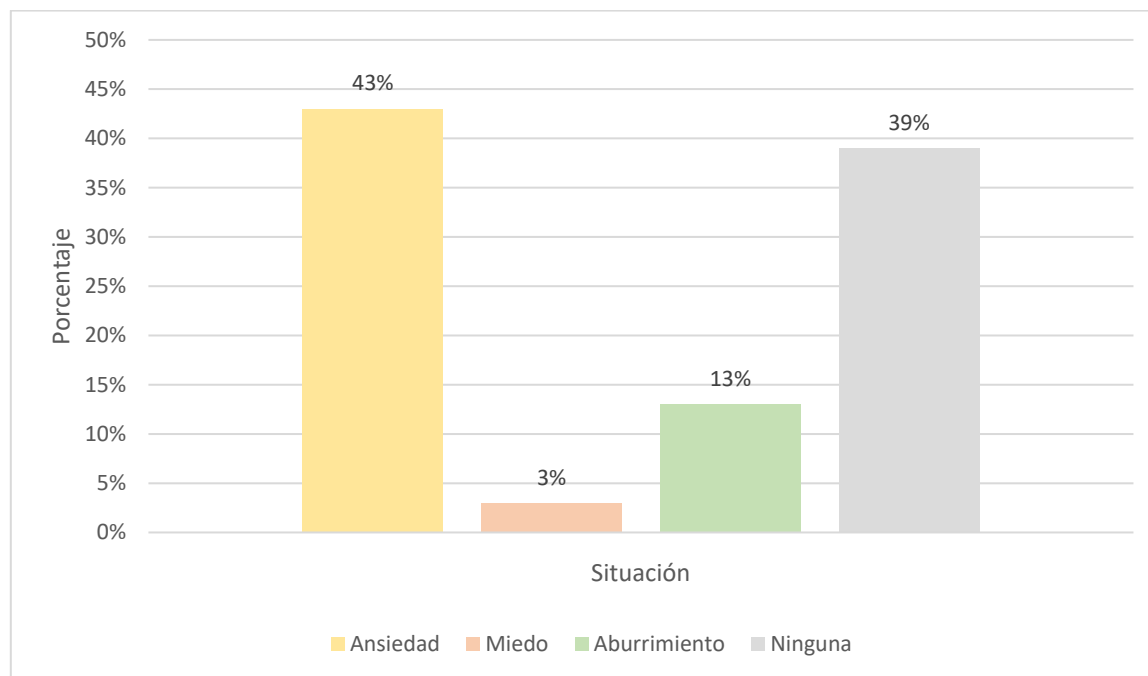
Del total de adolescentes encuestados (80) 43% presentaron onicofagia por ansiedad, (7) 3% por miedo, (25) 13% por aburrimiento y (72) 39% en ninguna situación de las mencionadas; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentaron onicofagia por ansiedad. (Ver cuadro y figura No.61)

Cuadro No. 61 Frecuencia y porcentaje total de situación en la que ocurre la onicofagia en adolescentes

Situación	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	80	43
Miedo	7	3
Aburrimiento	25	13
Ninguna	72	39
Total	184	100

*FD

Figura No.61 Porcentaje total de situación en la que ocurre la onicofagia en adolescentes



*FD

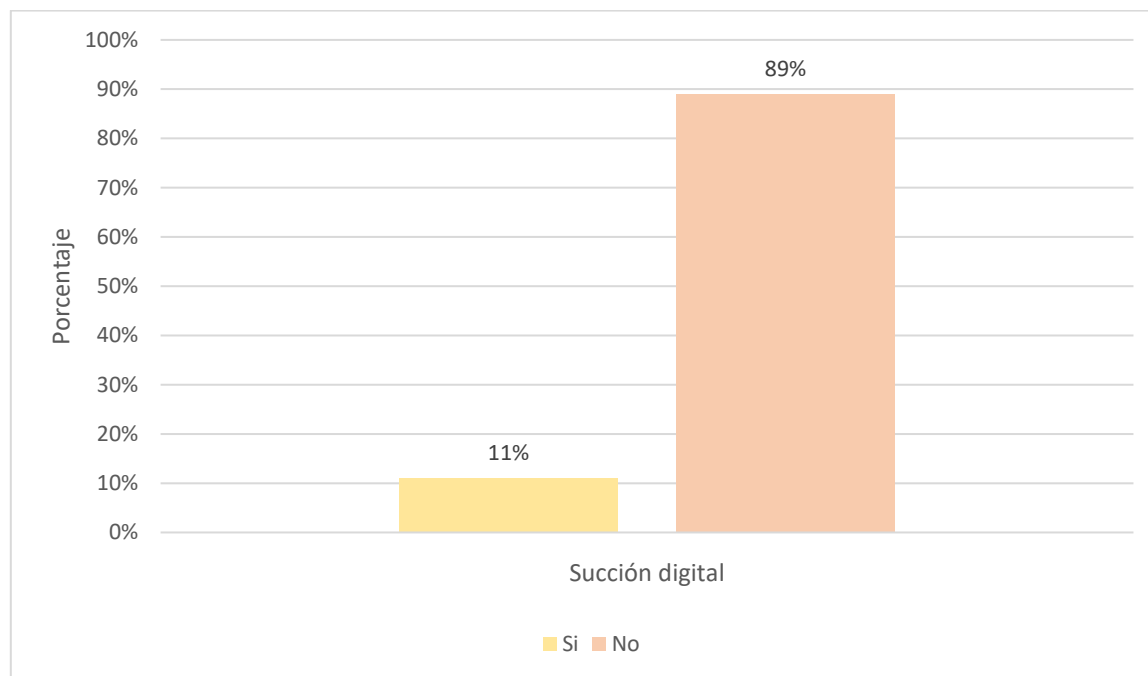
Del total de adolescentes encuestados (20) 11% presentó succión digital y (164) 89% no; como podemos ver el menor porcentaje de adolescentes presentaron succión digital. (Ver cuadro y figura No. 62)

Cuadro No.62 Frecuencia y porcentaje total de succión digital en adolescentes

Succión digital	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	11
No	164	89
Total	184	100

*FD

Figura No.62 Porcentaje total de succión digital en adolescentes



*FD

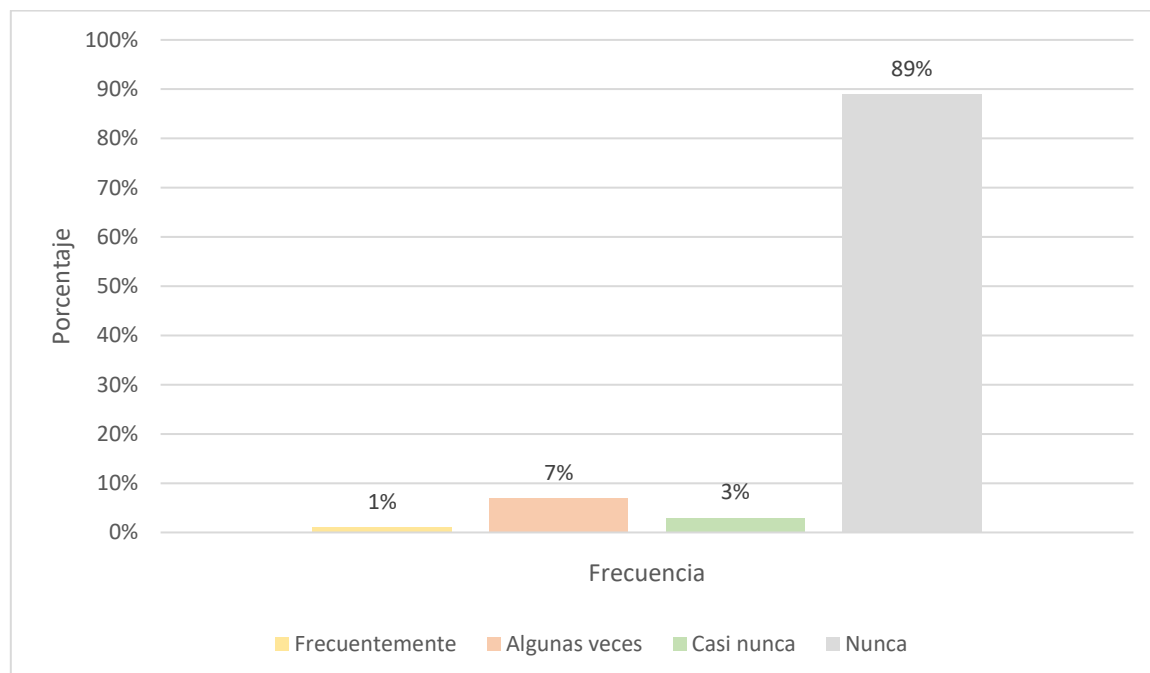
Del total de adolescentes encuestados (2) 1% presentó succión digital frecuentemente, (13) 7% algunas veces, (5) 3% casi nunca y (164) 89% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron succión digital fue algunas veces. (Ver cuadro y figura No.63)

Cuadro No. 63 Frecuencia y porcentaje total de la frecuencia de succión digital

Succión digital	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	2	1
Algunas veces	13	7
Casi nunca	5	3
Nunca	164	89
Total	184	100

*FD

Figura No.63 Porcentaje total de la frecuencia de succión digital en adolescentes



*FD

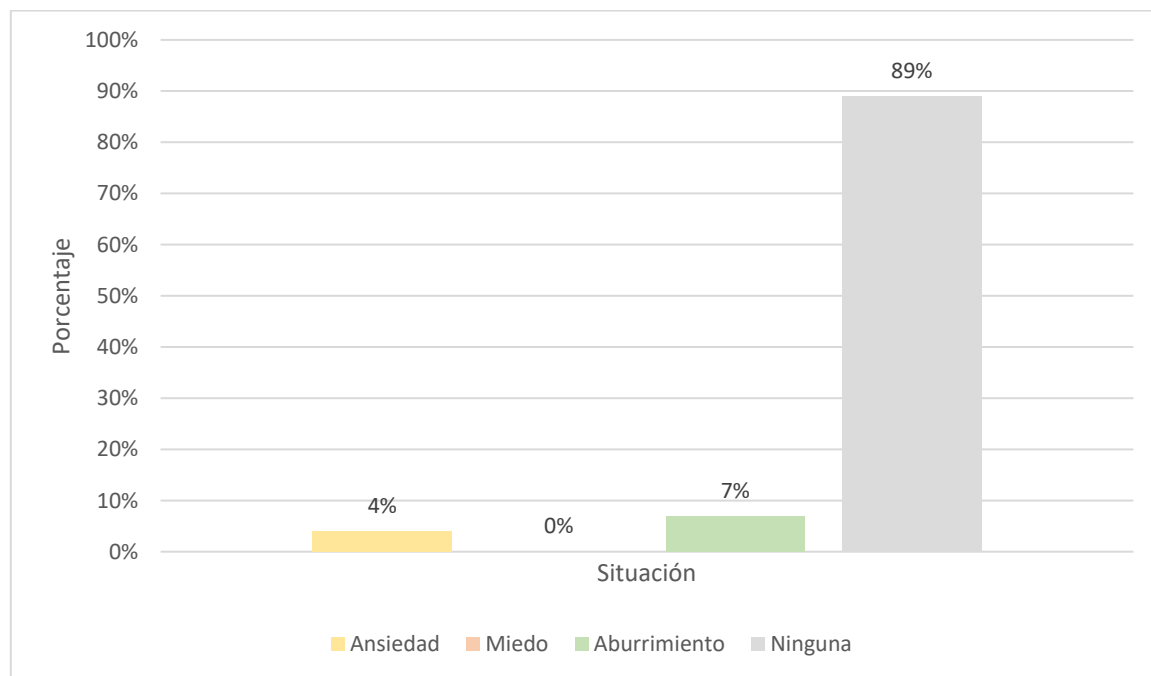
Del total de adolescentes encuestados (8) 4% presentaron succión digital por ansiedad, (0) 0% por miedo, (12) 7% por aburrimiento y (164) 88% en ninguna situación; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentaron succión digital por aburrimiento. (Ver cuadro y figura No.64)

Cuadro No.64 Frecuencia y porcentaje total de situación en la que ocurre la succión digital en adolescentes

Situación	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	8	4
Miedo	0	0
Aburrimiento	12	7
Ninguna	164	89
Total	184	100

*FD

Figura No.64 Porcentaje total de situación en la que ocurre la succión digital en adolescentes



*FD

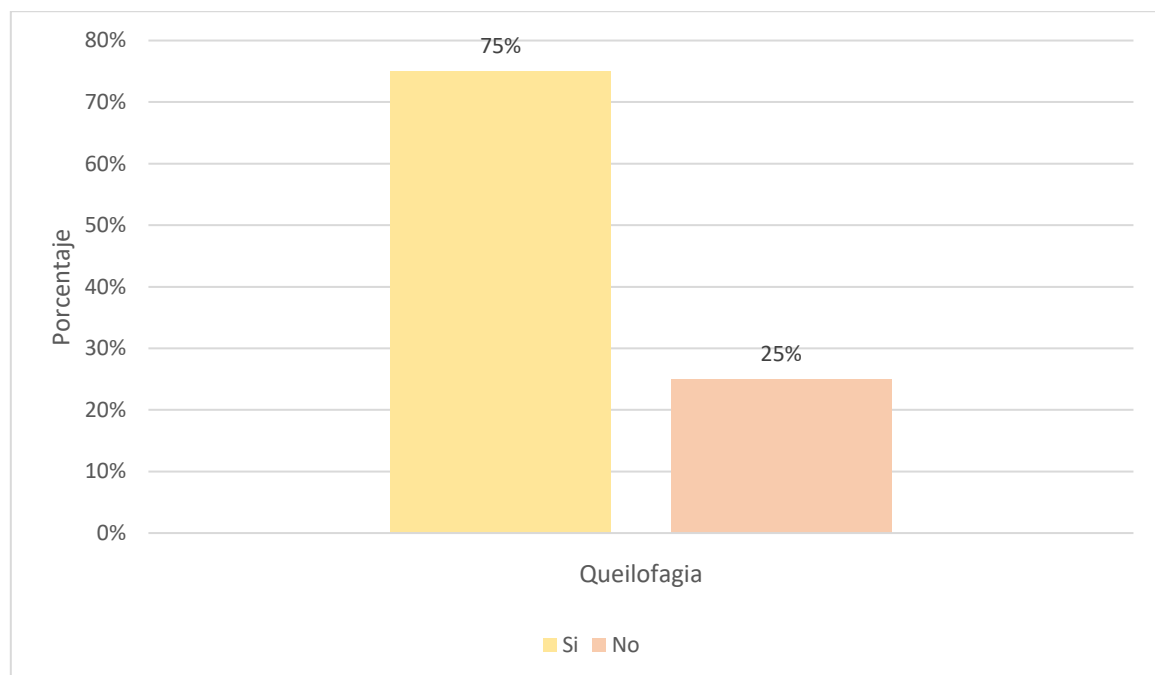
Del total de adolescentes encuestados (139) 75% presentó queilofagia y (45) 25% no, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentó queilofagia. (Ver cuadro y figura No. 65)

Cuadro No. 65 Frecuencia y porcentaje total de queilofagia

Queilofagia	Frecuencia	Porcentaje
Si	139	75
No	45	25
Total	184	100

*FD

Cuadro No. 65 Porcentaje total total de queilofagia



*FD

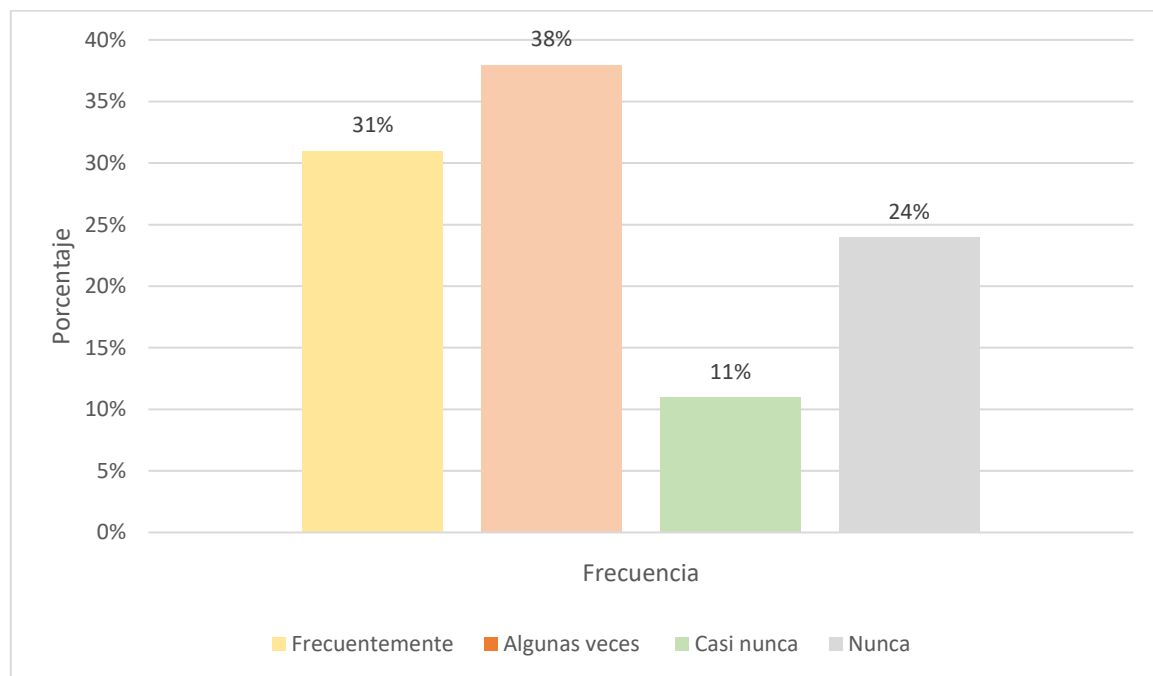
Del total de adolescentes encuestados (57) 31% presentó queilofagia frecuentemente, (69) 38% algunas veces, (13) 7% casi nunca y (45) 24% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentó queilofagia algunas veces. (Ver cuadro y figura No.66)

Cuadro No.66 Frecuencia y porcentaje total de la frecuencia de queilofagia

Queilofagia	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	57	31
Algunas veces	69	38
Casi nunca	13	7
Nunca	45	24
Total	184	100

*FD

Figura No.66 Porcentaje total de queilofagia



*FD

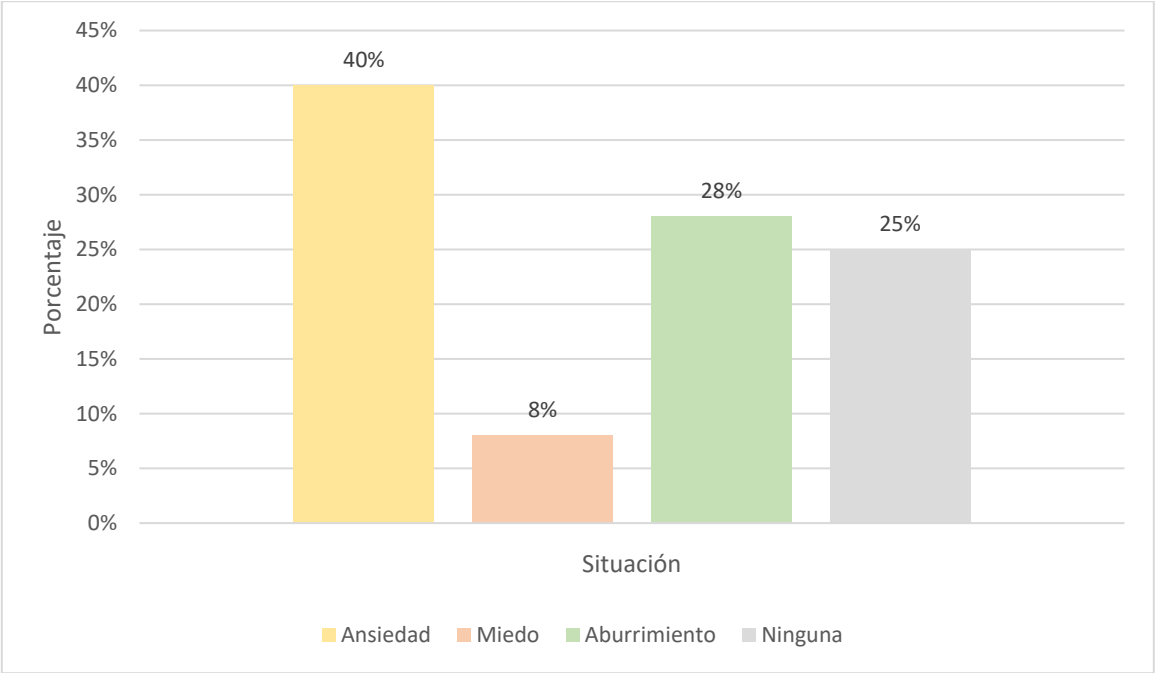
Del total de adolescentes encuestados (73) 40% presentó queilofagia por ansiedad, (15) 8% por miedo, (51) 28% por aburrimiento y (45) 25% en ninguna situación; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentaron queilofagia por ansiedad. (Ver cuadro y figura No.67)

Cuadro No.67 Frecuencia y porcentaje total de situación en la que ocurre la queilofagia

Situación	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	73	40
Miedo	15	8
Aburrimiento	51	28
Ninguna	45	25
Total	184	100

*FD

Figura No.67 Porcentaje total de situación en la que ocurre la queilofagia en adolescentes



*FD

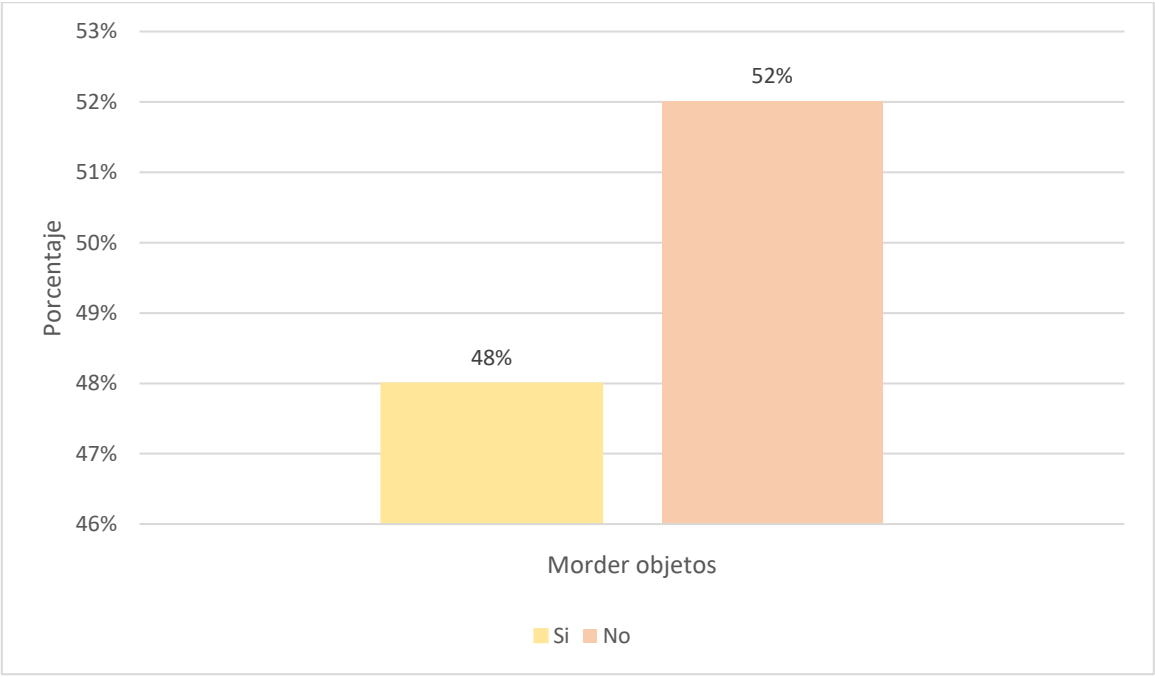
Del total de adolescentes encuestados (88) 48% muerde objetos y (96) 52% no, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes no morder objetos. (Ver cuadro y figura No. 68)

Cuadro No. 68 Frecuencia y porcentaje total de morder objetos en adolescentes

Morder objetos	Frecuencia	Porcentaje
Si	88	48
No	96	52
Total	184	100

*FD

Figura No.68 Porcentaje total de morder objetos en adolescentes



*FD

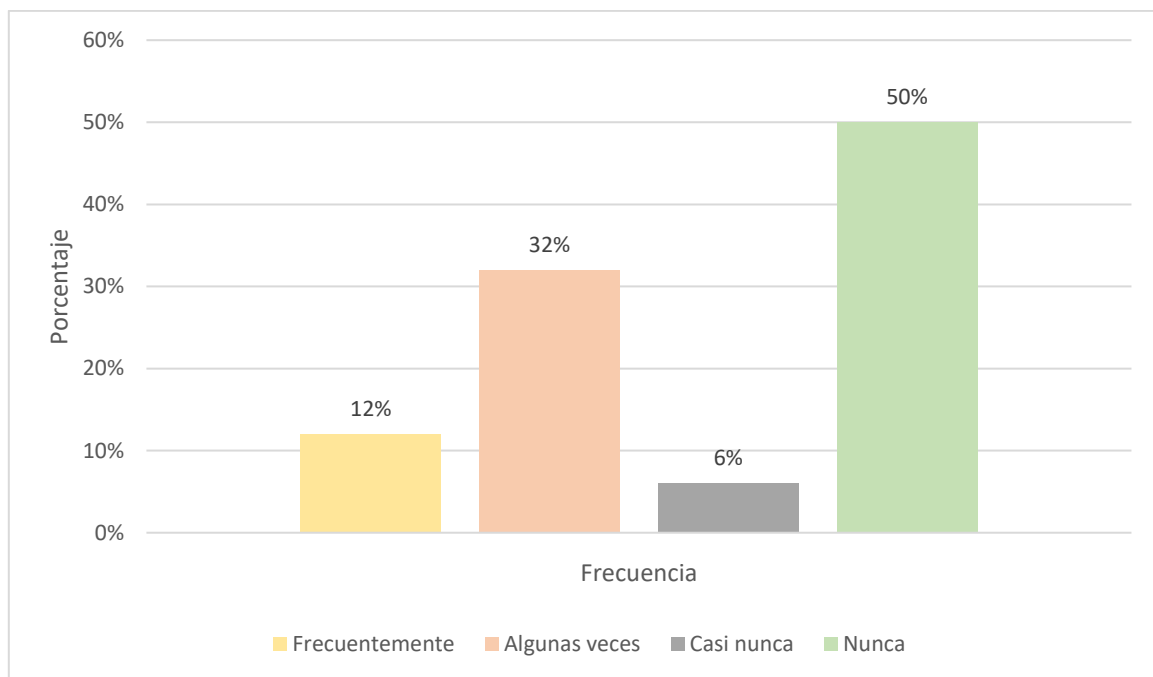
Del total de adolescentes encuestados (23) 12% muerde objetos frecuentemente, (54) 29% algunas veces, (11) 7% casi nunca y (96) 52% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que muerde objetos lo hace algunas veces. (Ver cuadro y figura No.69)

Cuadro No.69 Frecuencia y porcentaje total de la frecuencia de morder objetos en adolescentes

Morder objetos	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	23	12
Algunas veces	54	29
Casi nunca	11	7
Nunca	96	52
Total	184	100

*FD

Figura No. 69 Porcentaje total de la frecuencia de morder objetos en adolescentes



*FD

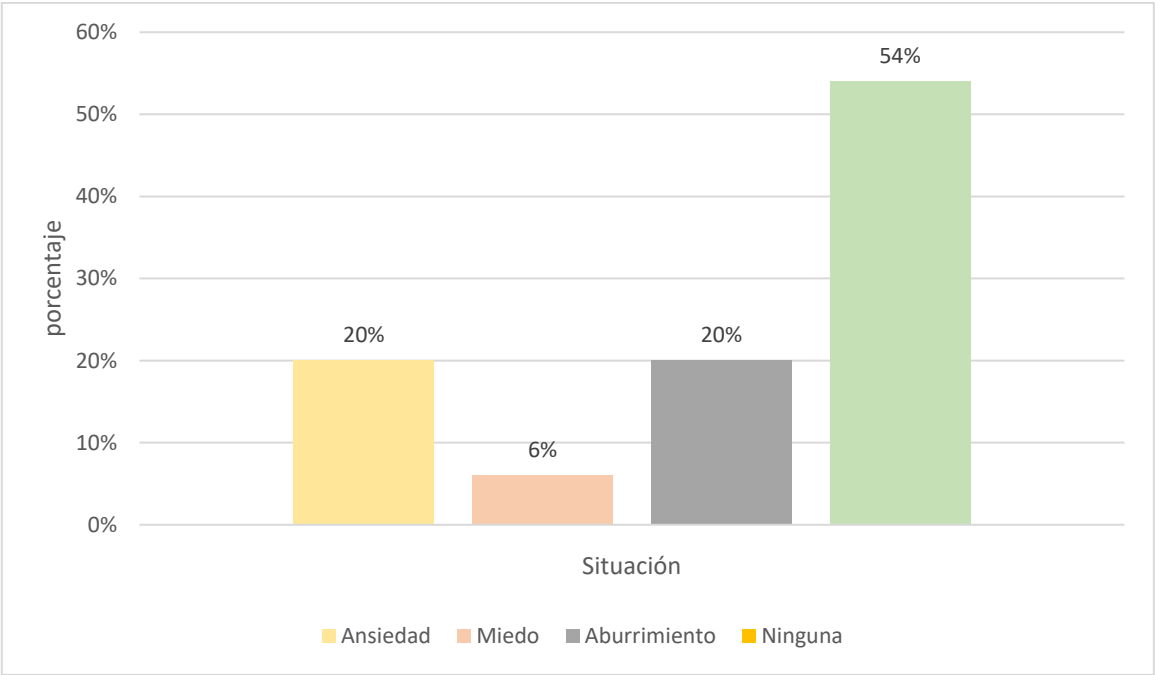
Del total de adolescentes encuestados (39) 21% muerde objetos por ansiedad, (11) 6% por miedo, (38) 21% por aburrimiento y (96) 52% en ninguna situación; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes muerde objetos por ansiedad y aburrimiento. (Ver cuadro y figura No.70)

Cuadro No.70 Frecuencia y porcentaje total de situación en la que ocurre el morder objetos

Situación	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	39	21
Miedo	11	6
Aburrimiento	38	21
Ninguna	96	52
Total	184	100

*FD

Figura No. 70 Porcentaje de situación en la que ocurre el morder objetos



*FD

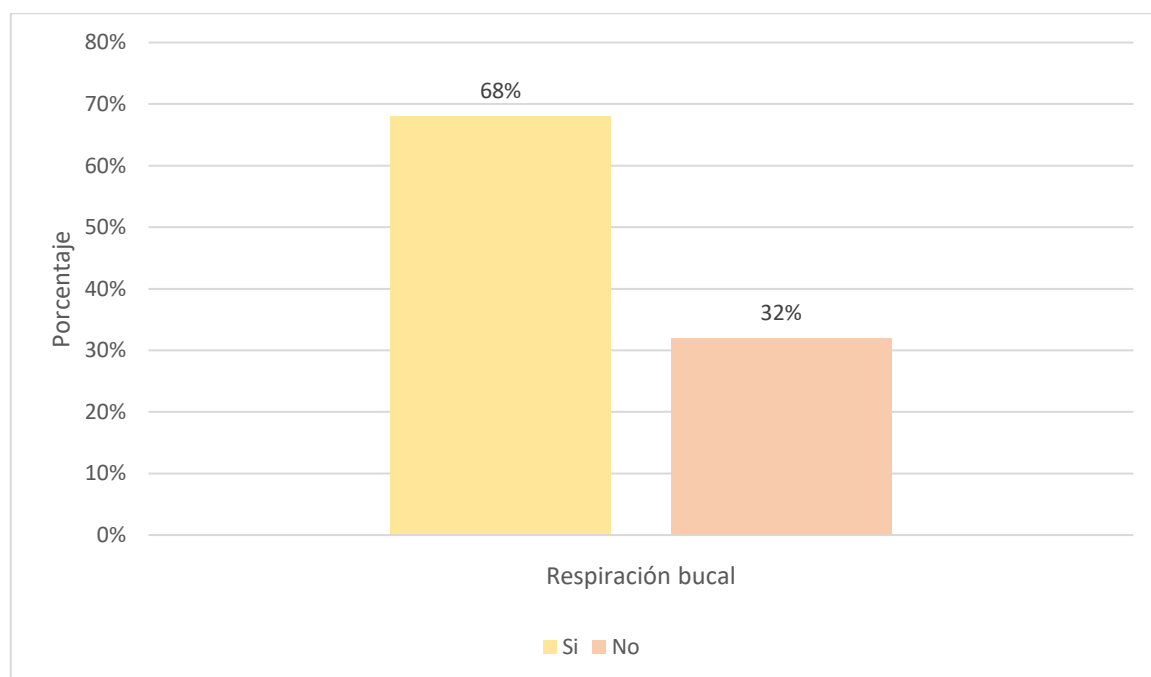
Del total de adolescentes encuestados (125) 68% es respirador bucal y (59) 32% no, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes es respirador bucal. (Ver cuadro y figura No. 71)

Cuadro No. 71 Frecuencia y porcentaje total de respiración bucal

Respiración bucal	Frecuencia	Porcentaje
Si	125	68
No	59	32
Total	184	100

*FD

Figura No.71 Porcentaje total de respiración bucal



*FD

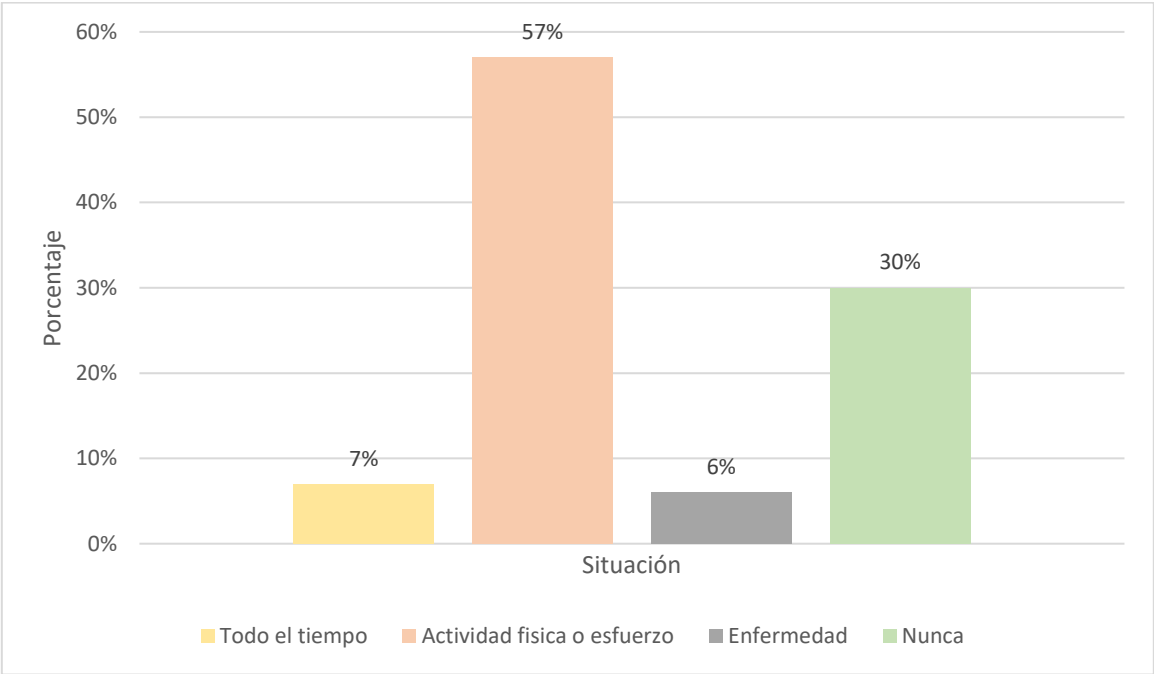
Del total de adolescentes encuestados (14) 7% es respirador bucal todo el tiempo, (104) 57% en actividad física o esfuerzo, (7) 4% por enfermedad y (59) 32% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes es respirador bucal en actividad física o de esfuerzo. (Ver cuadro y figura No.72)

Cuadro No.72 Frecuencia y porcentaje total de situación en la que ocurre la respiración bucal

Situación	Frecuencia	Porcentaje
Todo el tiempo	14	7
Actividad física	104	57
Enfermedad	7	4
Nunca	59	32
Total	184	100

*FD

Figura No. 72 Porcentaje total de situación en la que ocurre la respiración bucal



*FD

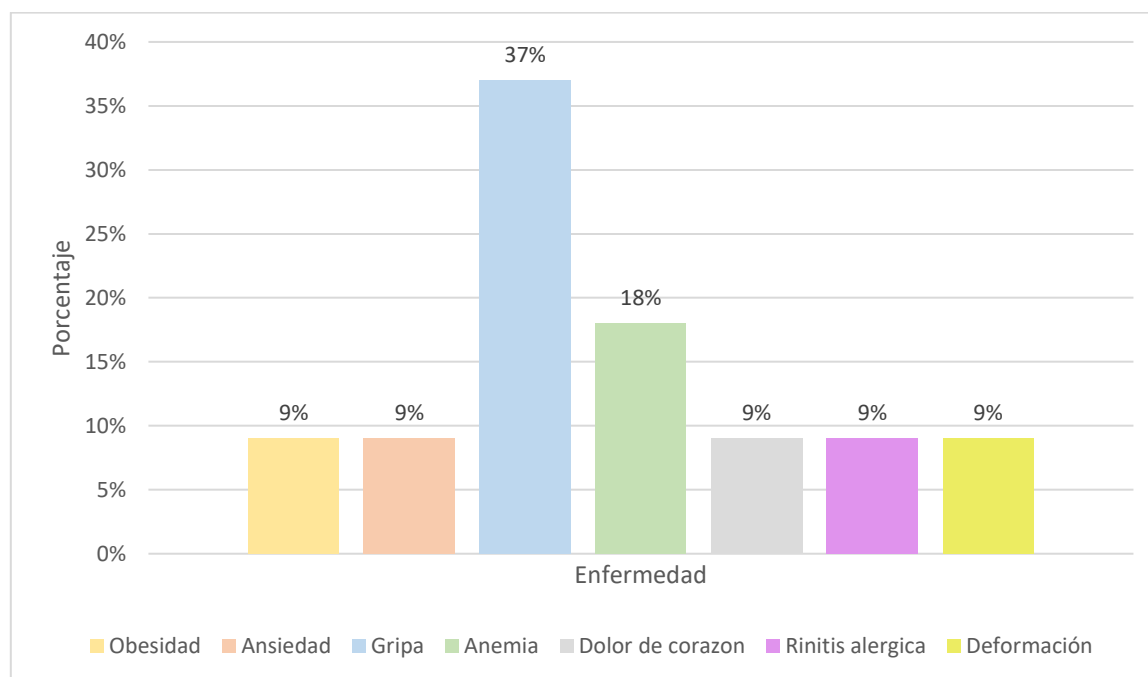
Del total de adolescentes encuestados que presentaron alguna enfermedad que no les permita respirar por la nariz (1) 9% fue por obesidad, (4) 37% por gripa, (1) 9% por anemia, (1) 9% por dolor de corazón, (1) 9% por rinitis alérgica, (2) 18% por ansiedad y (1) 9% por deformación; como podemos ver el mayor porcentaje corresponde a respirador bucal por gripa. (Ver cuadro y figura No.73)

Cuadro No.73 Frecuencia y porcentaje total de enfermedad por la que ocurre la respiración bucal en adolescentes

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad	1	9
Gripa	4	37
Anemia	1	9
Dolor de corazón	1	9
Rinitis alérgica	1	9
Ansiedad	2	18
Deformación	1	9
Total	11	100

*FD

Figura No.73 Porcentaje total de enfermedad por la que ocurre la respiración bucal en adolescentes



*FD

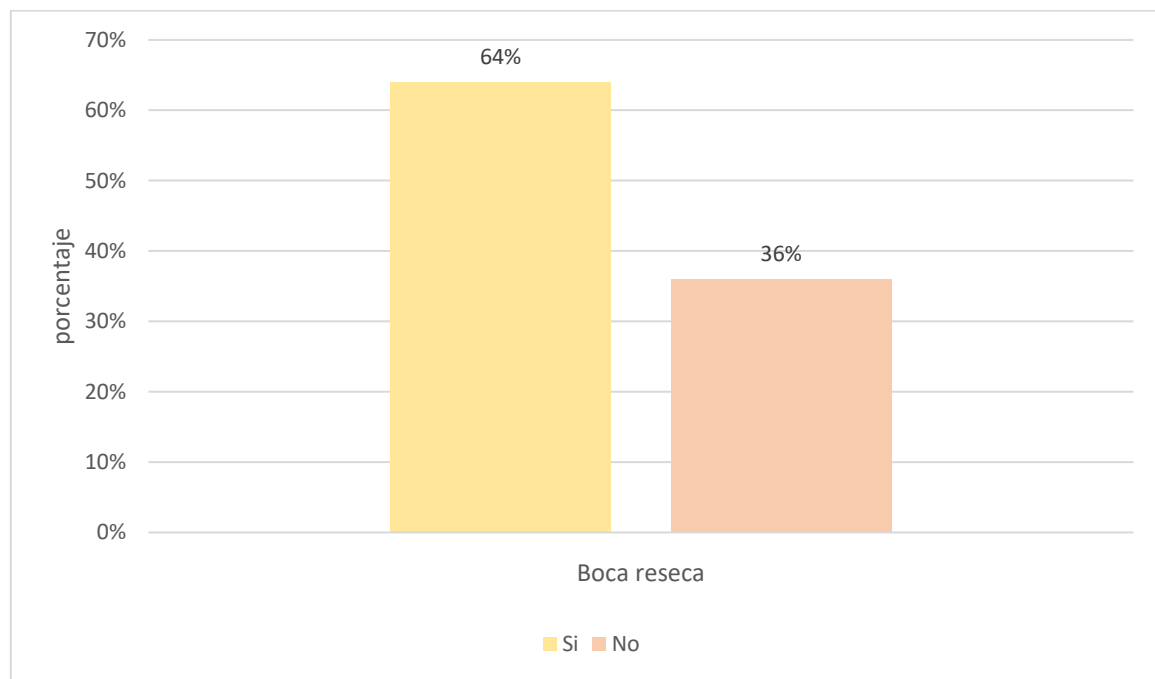
Del total de adolescentes encuestados (117) 64% presentó boca reseca y (67) 36% no, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentó boca reseca. (Ver cuadro y figura No. 74)

Cuadro No. 74 Frecuencia y porcentaje total de boca reseca

Boca reseca	Frecuencia	Porcentaje
Si	117	64
No	67	36
Total	184	100

*FD

Figura No.74 Porcentaje total de boca reseca



*FD

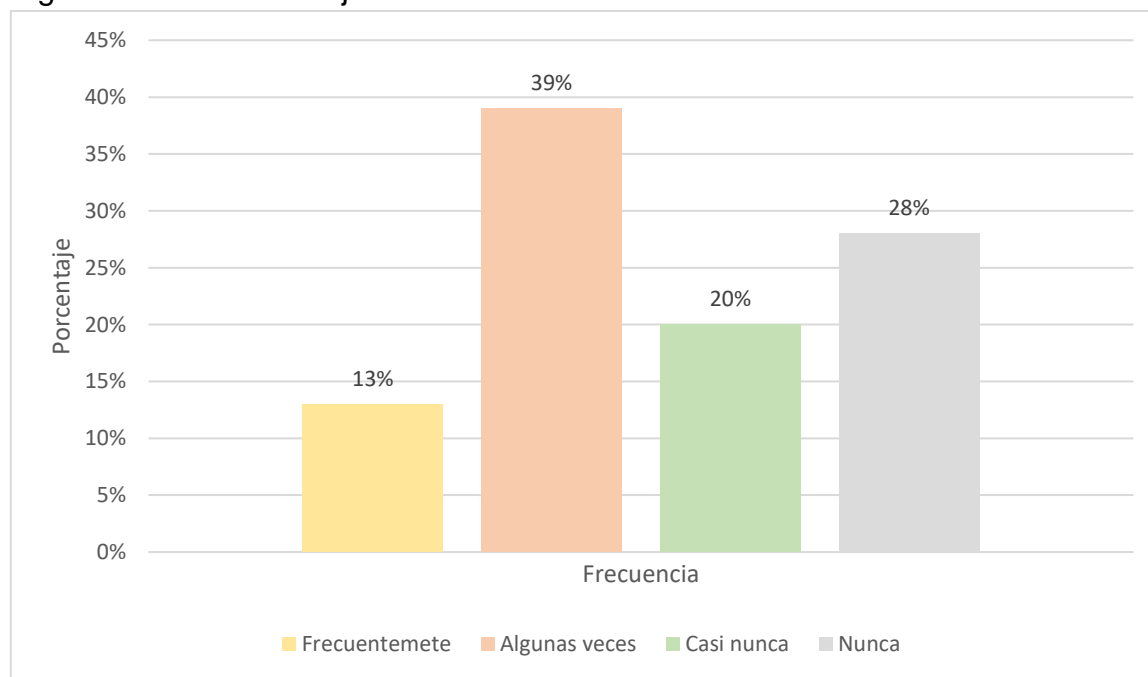
Del total de adolescentes encuestados (24) 13% presentó boca reseca frecuentemente, (71) 39% algunas veces, (22) 12% casi nunca y (67) 36% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentó boca reseca algunas veces. (Ver cuadro y figura No.75)

Cuadro No. 75 Frecuencia y porcentaje total de la frecuencia de boca reseca en adolescentes

Boca reseca	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	24	13
Algunas veces	71	39
Casi nunca	22	12
Nunca	67	36
Total	184	100

*FD

Figura No. 75 Porcentaje total de la frecuencia de boca reseca en adolescentes



*FD

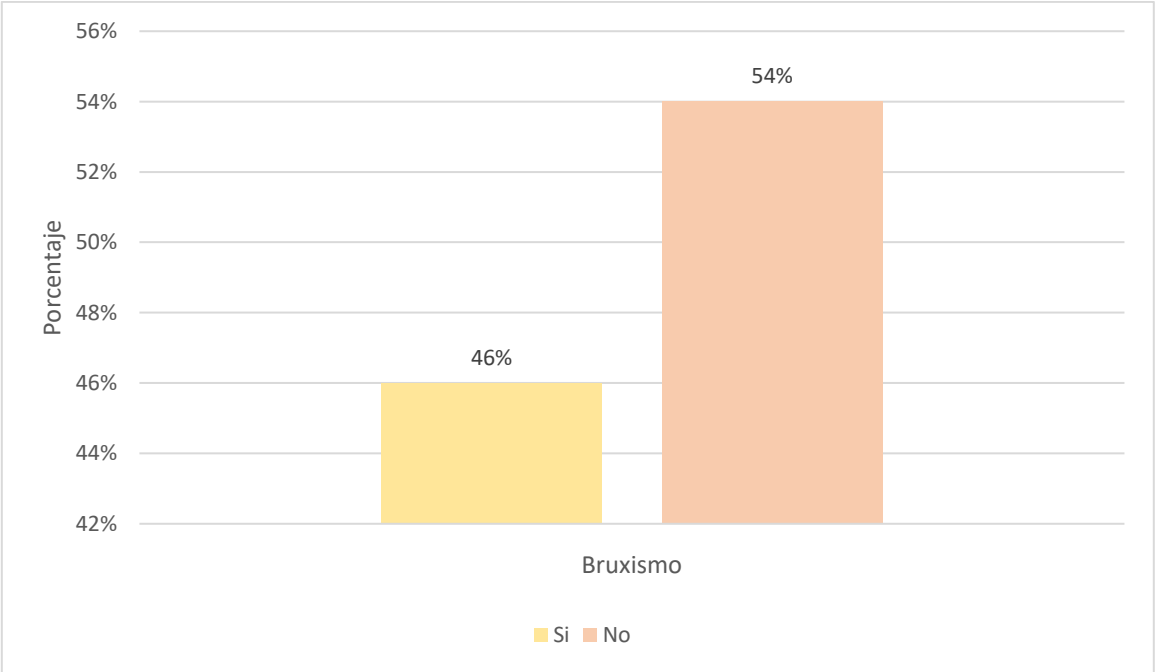
Del total de adolescentes encuestados (84) 46% presentó bruxismo y (100) 54% no, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes no presentó bruxismo. (Ver cuadro y figura No. 76)

Cuadro No.76 Frecuencia y porcentaje total de bruxismo

Bruxismo	Frecuencia	Porcentaje
Si	84	46
No	100	54
Total	184	100

*FD

Figura No.76 Porcentaje total de bruxismo



*FD

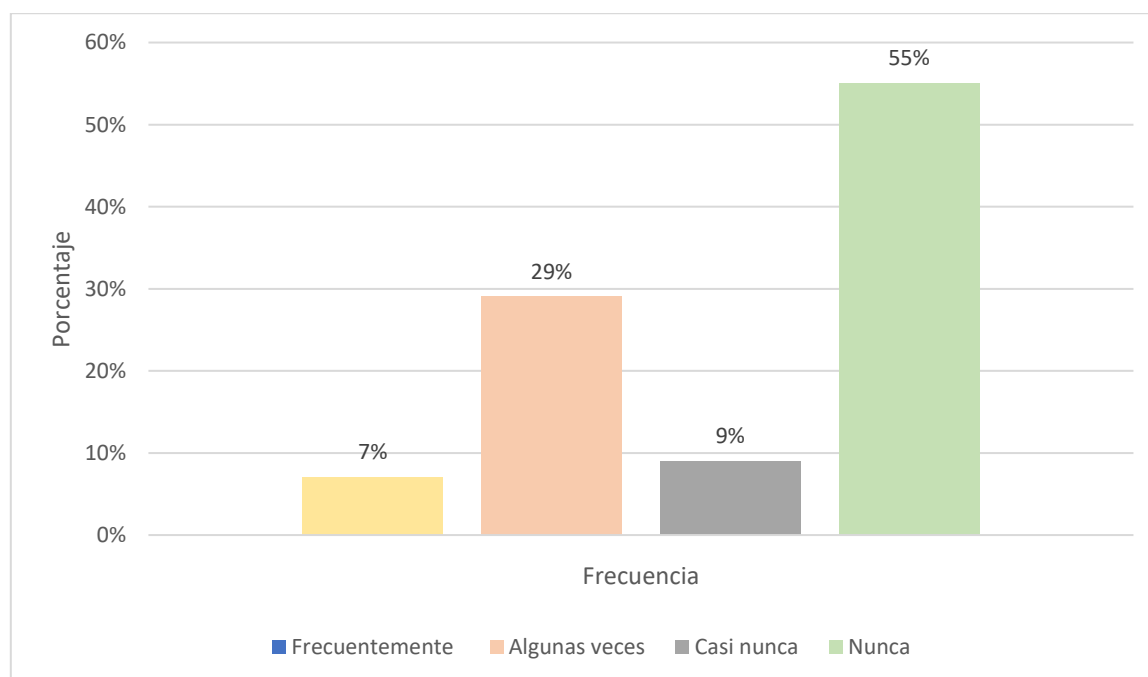
Del total de adolescentes encuestados (14) 7% presentó bruxismo frecuentemente, (53) 29% algunas veces, (17) 9% casi nunca y (100) 55% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes presentó bruxismo algunas veces. (Ver cuadro y figura No.77)

Cuadro No.77 Frecuencia y porcentaje total de la frecuencia de bruxismo

Bruxismo	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	14	7
Algunas veces	53	29
Casi nunca	17	9
Nunca	100	55
Total	184	100

*FD

Figura No.77 Porcentaje total de la frecuencia del bruxismo



*FD

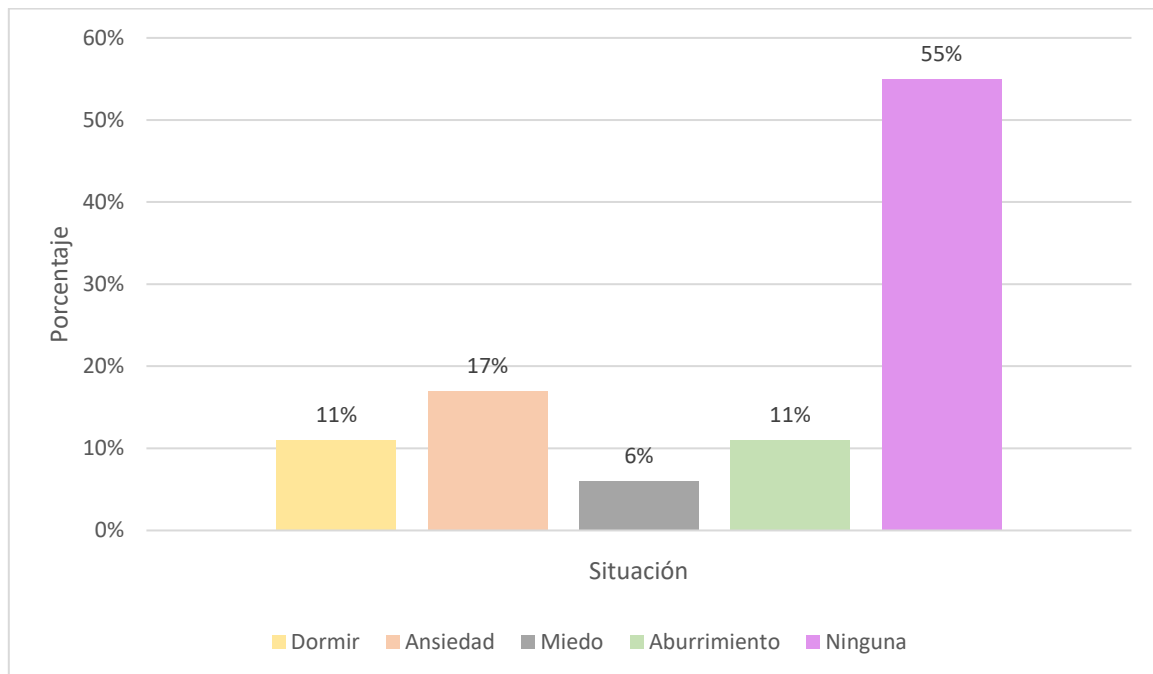
Del total de adolescentes encuestados (21) 11% presentó bruxismo al dormir, (31) 17% por ansiedad, (11) 6% por miedo, (21) 11% por aburrimiento y (100) 55% en ninguna situación, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentó bruxismo fue por ansiedad. (Ver cuadro y figura No.78)

Cuadro No. 78 Frecuencia y porcentaje total de situación en la que ocurre el bruxismo en adolescentes

Situación	Frecuencia	Porcentaje
Dormir	21	11
Ansiedad	31	17
Miedo	11	6
Aburrimiento	21	11
Ninguna	100	55
Total	184	100

*FD

Figura No. 78 Porcentaje total de situación en la que ocurre el bruxismo en adolescentes



*FD

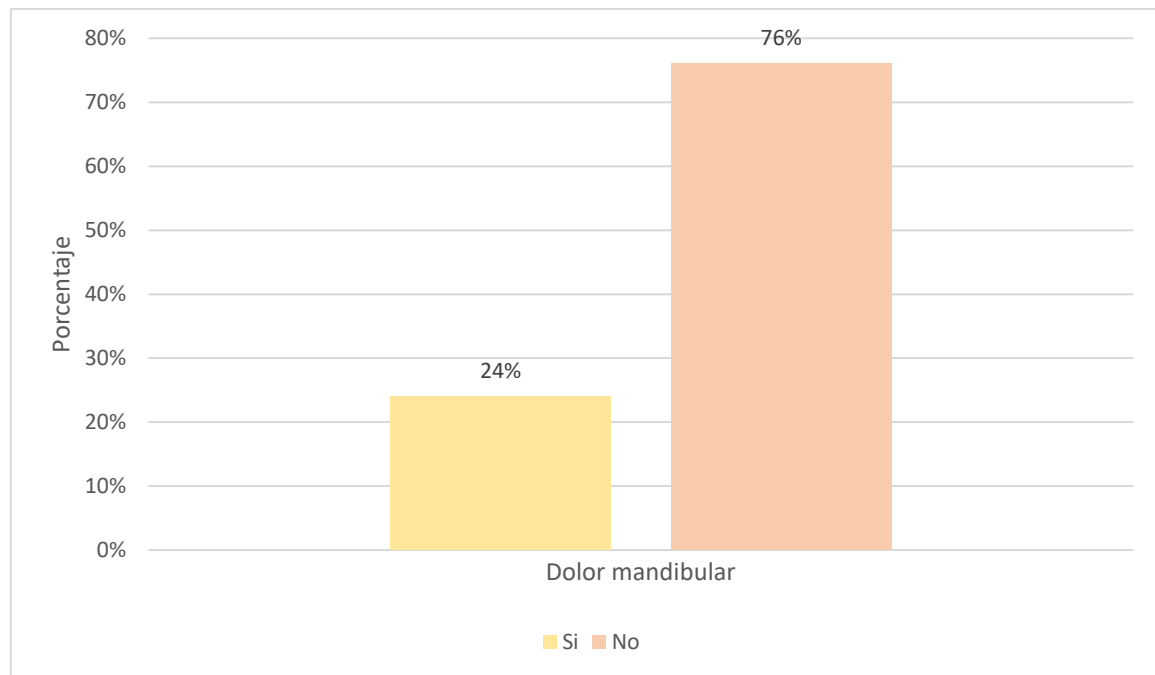
Del total de adolescentes encuestados (44) 24% presentó dolor mandibular matutino y (140) 76% no, como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes no presentó dolor mandibular. (Ver cuadro y figura No.79)

Cuadro No. 79 Frecuencia y porcentaje total de dolor mandibular matutino

Dolor mandibular	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	24
No	140	76
Total	184	100

*FD

Figura No.79 Porcentaje total de dolor mandibular matutino



*FD

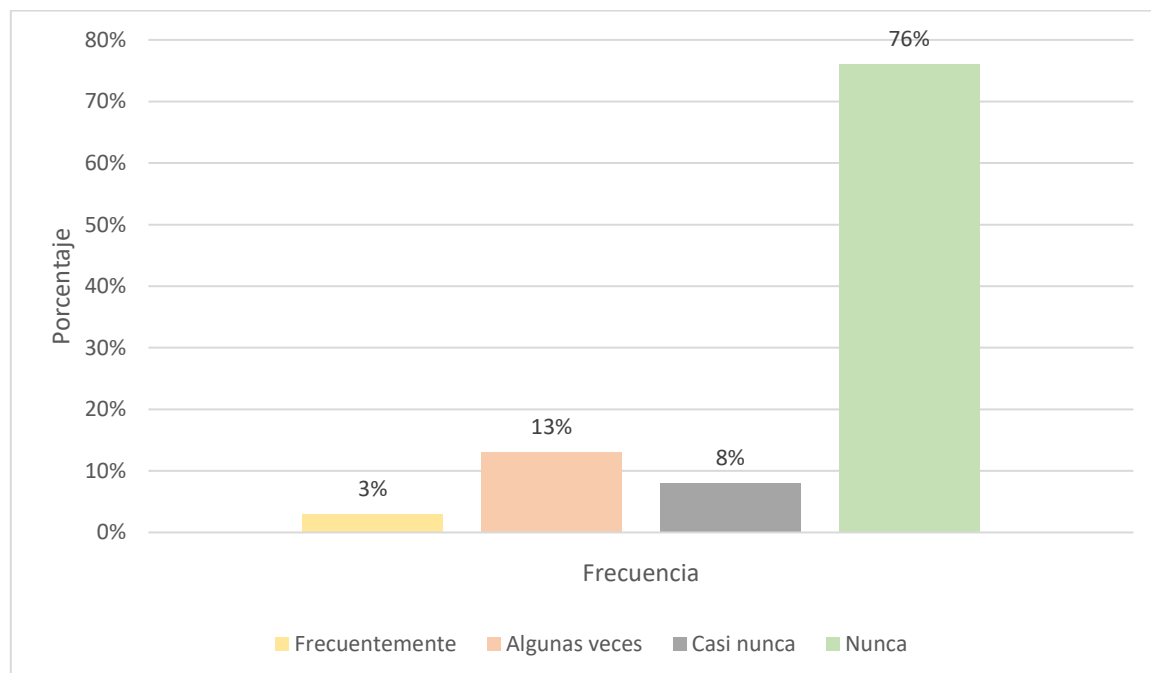
Del total de adolescentes encuestados (5) 3% presentó dolor mandibular frecuentemente, (23) 13% algunas veces, (16) 8% casi nunca y (140) 76% nunca; como podemos ver el mayor porcentaje de adolescentes que presentó dolor mandibular fue algunas veces. (Ver cuadro y figura No.80)

Cuadro No.80 Frecuencia y porcentaje total de la frecuencia de dolor mandibular matutino

Dolor mandibular	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	5	3
Algunas veces	23	13
Casi nunca	16	8
Nunca	140	76
Total	184	100

*FD

Figura No. 80 Porcentaje total de la frecuencia de dolor mandibular matutino



*FD

Discusión

Mamdouh y col (2020) ⁽⁵⁵⁾ Arabia Saudita; reportaron que el 10% presentan succión digital datos que coinciden con nuestros resultados ya que solo el 11% de nuestra población presenta succión digital; además reportaron que el 7% de su población es respirador bucal datos que no coinciden con los nuestros ya que el 68% de nuestra población es respirador bucal, por lo que nuestra población está mas afectada, también menciona que se encuentra mayormente en el sexo masculino, datos que no coinciden con los nuestros ya que en nuestra población el sexo femenino es el que lo presenta mayormente.

Baeshen (2020) ⁽⁵⁶⁾ Arabia Saudita reportó el 40% presentan onicofagia datos que no coinciden con nuestros resultados ya que el 60% de nuestra población presenta el hábito de la onicofagia; por lo que nuestra población está mas afectada.

Rueda y col (2020) ⁽⁵⁷⁾ Venezuela; reportaron que 47% presentan queilofagia datos que no coinciden con nuestros resultados ya que en nuestra población se presentó en el 75%; además reportaron que el 25% presentan bruxismo datos que no coinciden con nuestros resultados ya que el 46% de nuestra población es bruxista, por lo que nuestra población está más afectada.

Espinal-Botero y col (2016) ⁽⁵⁸⁾ México; reportaron que 53% presenta clase I de Angle datos que no coinciden con nuestro estudio ya que el 55% de nuestra población presenta clase I, por lo que nuestra población presenta con mayor frecuencia una norma oclusión o clase I de Angle; además reportaron que 24% presenta clase II división 1 datos que no coinciden con nuestro estudio ya que solo el 7% de nuestra población presenta clase II división 1, reportaron que 25% presenta clase III datos que no coinciden con nuestros resultados ya que en nuestra población solo el 14% presenta clase III.

Conclusiones

- El tipo de perfil que se presentó con mayor frecuencia fue el perfil convexo en ambos sexos.
- El tipo de perfil que se presentó con mayor frecuencia fue convexo en los 3 grados escolares.
- El biotipo facial que se presentó con mayor frecuencia fue biotipo mesofacial en ambos sexos.
- El biotipo facial que se presentó con mayor frecuencia fue biotipo mesofacial en los 3 grados escolares.
- El hábito de queilofagia fue el que se presentó en mayor porcentaje en el sexo femenino
- En el sexo masculino el que más se presentó fue de respiración bucal
- El grado que presentó mayor porcentaje de hábitos parafuncionales encontrados fue segundo grado (onicofagia, morder objetos, respiración bucal y bruxismo)
- El grado que menos presento porcentaje de hábitos fue primer grado
- Sin embargo, la mayoría de estos presentaron una clase molar I de Angle
- De acuerdo con los resultados encontrados en nuestra población el mayor porcentaje de los adolescentes presentaron algún hábito parafuncional.
- La maloclusión es multifactorial y no solo influyen o es determinada por los hábitos parafuncionales

Propuestas

- Realizar pláticas informativas respecto a los hábitos parafuncionales y sus repercusiones en la cavidad bucal.
- Fomentar las visitas al odontólogo frecuentemente, de este modo si existe maloclusión dental esta puede ser tratada oportunamente.
- La investigación queda abierta para continuar con ella, esto es un primer inicio de tipo descriptivo, seguir realizando investigación de asociación considerando otras variables como tipo de alimentación, herencia, pérdida de OD, entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Concepto. Hábito. [Internet] 2022.[citado].[Fecha de acceso 30 de septiembre de 2022]. [3 pantallas] Disponible en:<https://concepto.de/habito/#ixzz7i5e9vHfK>
2. Martínez ORM, Tavizon GJA, Carlos SMD, Sánchez RLB, Alaniz DD. Prevalencia de hábitos perniciosos y las consecuencias en la oclusión en la dentición temporal y mixta temprana. Rev Mex Med Forense. [Internet] 2019 [citado el 30 de septiembre 2022] ; 4(2): 75-77. Disponible en: <https://revmedforense.uv.mx/index.php/RevINMEFO/article/view/2699>
3. Narváez SMF, Muñoz EYA, Villota BCD, Mafla CAC. Hábitos orales en niños de 6 a 10 años de la escuela Itsin de San Juana de pasto. Rev Universidad y Salud. [Internet] 2010 [citado el 30 de septiembre 2022] 12(1): 27-33. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100004
4. Delgado CK, García Jh. Efectos causados por el hábito de succión digital en etapa infantil. Rev científica especialidades odontológicas UG. [Internet] 2019 [consultado el 30 de septiembre 2022] ; 3(2): 3-5. Disponible en: <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eouq/article/view/26/20>
5. Solís-Espinoza ME. Succión digital repercusiones y tratamiento. Rev odontología pediátrica. [Internet] 2020 [consultado el 30 de septiembre 2022]; 17(1): 42-51. Disponible en: <http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/21>
6. Experto Den. Hábitos orales hábito de succión digital. [Internet] 2017 [citado] [fecha de acceso 30 de septiembre 2022]. [3 pantallas] Disponible en: <https://expertdent.pe/blog/habitos-orales-habito-de-succion-digital-nid-11>

7. Rivera GC. Tratamiento de la succión digital en niños. Ecuador: [tesis licenciatura] ; 2020. [Citado el 1 de octubre 2022] ; 29-32. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/49664/1/3461LLANOSmadelin.pdf>
8. Equipo de habla. Centro peruano de audición lenguaje y aprendizaje. La succión digital. [Internet] 2022 [citado]. [Consultado el 1 de octubre 2022] [2 pantallas] Disponible en: <https://cpal.edu.pe/novedad/la-succion-digital/>
9. Ruíz JYR. Hábitos de succión y su relación con las maloclusiones. Perú: [tesis especialidad] ; 2019. [Citado el 1 de octubre 2022]; 9-10. Disponible en <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/1109/Ruiz-Jimenez-Yanina2.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
10. Jaramillo BJM. Corrección de la succión labial inferior con diferentes tipos de aparatología. Guayaquil: [título licenciatura]; 2015. [Citado el 1 de octubre 2022]; 23-26. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/17147/1/JARAMILLOjhuliana.pdf>
11. Vera BDV. Hábitos parafuncionales cómo factor etiologico en pacientes con discrepancias óseo dentarias según la clasificación de Angle. Guayaquil: [título licenciatura]; 2021. [Citado el 2 de octubre 2022] 11-19. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/52392/1/3736VERA%20domenica.pdf>
12. Cliden. La queilofagia. [Internet] 2019 [citado] [fecha de acceso 2 de octubre]. [1 pantalla] Disponible en: <https://www.cli-den.es/blog/la-queilofagia#:~:text=%E2%80%8BLa%20queilofagia%20es%20el,un%20acto%20inconsciente%20y%20repetitivo.>
13. Kripkit. Queilofagia. [Internet] 2020 [citado] [fecha de acceso 2 de octubre]. [1 pantalla] Disponible en: <https://kripkit.com/queilofagia/>

14. Medical Implant. ¿Qué es la onicofagia? Causas consecuencias y tratamientos para no comerse las uñas. [Internet] 2019 [citado] [fecha de acceso 3 de octubre] . [2 pantallas] Disponible en: <https://medicalimplant.es/onicofagia-comerse-las-unas/>
15. Mercado GC, Calvillo MDH, Cárdenas JM. Onicofagia la mala costumbre de comerse las uñas. Universidad Autónoma de Coahuila Coordinación general de estudios de posgrado e investigación. [Internet] 2017 [citado el 3 de octubre 2022]; (50): 1-3. Disponible en: <http://www.cienciacierta.uadec.mx/articulos/cc50/onico.pdf>
16. Gaceta dental. Problemas dentales onicofagia. [Internet] 2021 [citado] [fecha de acceso 3 de octubre 2022]. [2 pantallas] Disponible en: <https://gacetadental.com/2021/09/problemas-dentales-onic%20ofagia-27469/#:~:text=El%20h%C3%A1bito%2C%20en%20aparici%C3%A9ncia%20inocente,originar%20patolog%C3%ADas%20como%20la%20maloclusi%C3%B3n.>
17. Rodríguez FMM. Onicofagia y su relación con afecciones en piezas anteriores permanente a causa del estrés. Ecuador: [tesis licenciatura] ; 2021. [Citado el 3 de octubre 2022] 13-14. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/56130/1/3910RODRIGUEZmicaela.pdf>
18. Mendoza FCL. Onicofagia y su relación con la severidad de la maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóncico en adolescentes independencia 2019. Perú: [tesis licenciatura]; 2021. [Citado el 3 de octubre 2022] 33-35. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/5064/Tesis_Malocclusi%C3%B3n_Tratamiento_Ortodoncico.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. TopDoctors. Respiración bucal. [Internet] 2019 [citado] [fecha de acceso 4 de octubre 2022]. [2 pantallas] Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/respiracion-bucal>

20. Grama dent. Síndrome respirador bucal y su relación con maloclusiones. [Internet] 2017 [citado] [fecha de acceso 4 de octubre 2022]. [3 pantallas] Disponible en: <https://www.clinicagramadent.com/sindrome-respirador-bucal-y-su-relacion-con-maloclusiones/>

21. Orozco CL, Castillo GLM, Bribiesca GME, Gonzalez FMV. Maloclusiones dentales y su relación con la respiración bucal en una población infantil al oriente de la Ciudad de México. Rev especializada en ciencias de la salud. [Internet] 2016 [consultado el 4 de octubre 2022]; 19(1): 43-47. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2016/vre161f.pdf>

22. García MGI. Etiología y diagnóstico de pacientes respiradores bucales en edades tempranas. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet] 2011 [citado el 4 de octubre 2022] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-18/#:~:text=Los%20respiradores%20bucales%20se%20pueden,h%C3%A1bito%20respiratorio%2C%20e%20hiperlaxitud%20ligamentosa.>

23. Casarán AM, Gallardo ME, Nejamkin L, Ricciardi N, Rodríguez Y. Evaluación clínica de la respiración bucal. Universidad Nacional de la plata. [Internet] 2020 [citado] [fecha de acceso 4 de octubre 2022]. [1 pantalla] Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/100666/P%C3%B3ster.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. Estudio Dental Barcelona. Respiración bucal en odontología causas y tratamientos. [Internet] 2017 [citado] [fecha de acceso 4 de octubre 2022]. [2 pantallas] Disponible en: <https://estudidentalbarcelona.com/respiracion-bucal-odontologia-causas-tratamientos/>

25. Fuentes CFA. Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo revisión de la literatura. Rev Cient ADM. [Internet]. 2018; 75 (4): 180-186. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od184c.pdf>
26. García Y, Silva de carballo L, Medina C, Crespo O. Efecto perdida prematura de molares primarios sobre la relación horizontal incisiva [Internet] 2011 [Citado] [Fecha de acceso] [8] Disponible en:<https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/105/131>
27. Glasinovic V. Instituto De Endodoncia. Bruxismo: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Vanguardia [Internet] [Citado]. [Fecha de acceso] [1] Disponible en: <https://www.endodoncia.cl/bruxismo.php>
28. Alcalde NJM. Clínica Universidad de Navarra. Bruxismo [Internet] 2022 [Citado]. [Fecha de acceso] [1] Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/bruxismo>
29. Martínez PP. Ferrus&Bratos odontología especializada. Férula de descarga para evitar bruxismo. [Internet] 2022 [Fecha de acceso 22 de Enero 2023]. [1] Disponible en: <https://www.clinicaferrusbratos.com/bruxismo/ferula-descarga-evitar-bruxismo-que-es-como-se-usa/>
30. Dental Valles. 8 malos hábitos para tu salud. [Internet] 2022 [fecha de acceso 22 de Enero 2023,]. [1] Disponible en: <https://www.dentalvalles.com/8-malos-habitos-para-tu-salud-dental/>
31. Gaceta Dental. Los dentistas recomiendan tratar el hábito de los niños de morder lápices. [Internet] 2019 [Fecha de acceso 22 de Enero 2023] .[1] Disponible en: <https://gacetadental.com/2019/09/dentistas-recomiendan-tratar-habito-ninos-morder-lapices-20922/#:~:text=abandonen%20esta%20pr%C3%A1ctica.-,La%20pr%C3%A1ctica%20podr%C3%ADa%20causar%20deformaci%C3%B3n%20de>

[20del%20paladar%20o%20cambio%20de,de%20estr%C3%A9s%2C%20miedo%20o%20aburrimiento](#)

32. López MVR. Centro dental 31 Agosto. Morder el lápiz un anito que debemos corregir. [Internet] [fecha de acceso 22 de Enero 2023]. [1] Disponible en: <https://www.centrodental31deagosto.es/blog-morder-el-lapiz.html>

33. Llanos M. Trome. Quítate el hábito de morder las cosas. [Internet] 2017. [Fecha de acceso 22 de Enero 2023]. [2] Disponible en: <https://trome.pe/familia/quitate-habito-morder-cosas-55962/>

34. Gurrola MB, Orozco CL.FES Zaragoza. Maloclusiones. [Internet] 2017 [citado]. [Fecha de acceso 7 de octubre 2022] Disponible en: <https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/cbiologicas/libros/Maloclusiones17.pdf>

35. Mafla AC, Barrera DA, Muñoz GM. Maloclusiones y necesidad de tratamiento en adolescentes de Pasto. Rev Face Odontol Univ Antioq. [Internet]. 2011[citado el 7 de octubre 2022] ; 22(2): 173-185. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v22n2/v22n2a05.pdf>

36. Odontología preventiva. Etiología de las maloclusiones factores genéticos. [Internet] 2019 [citado]. [Fecha de acceso 7 de octubre 2022] Disponible en: <http://www.odontologiapreventiva.com/ortodoncia/ambientales.htm>

37. Padilla DM, Díaz GLM, Escobar FMA, Hernández GNM. Factores intrínsecos de maloclusion dental en pacientes con dentición permanente s. Rev ADM. [Internet] 2013 [citado el 7 de octubre 2022] ; 70(2): 61-67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od132d.pdf>

38. Vellini FF. Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica. Brasil: Editorial artes medicas; 2002. 234-252

39. Gurkeerat S. Ortodoncia diagnóstico y tratamiento. 2da edición tomo I. Venezuela; AMOLCA; 2009:159-175,287-292.

40. Jiménez RY, Coca GRM, Durán MD. Dientes supernumerarios y retención múltiple. Revisión de la literatura y presentación de un paciente. Rev Cient AMDC. [Internet] 2016 [Citado]; 11(1): 58-63 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2017/mec172i.pdf>

41. Ostojic EA, Minutolo MDC. Aporte a la clínica. Corrección de la maloclusión y de la postura [Internet] [Citado] [Fecha de acceso] [12] Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147813/ortodoncia_2020_84_167_96-107.pdf

42. Agurto P, Nicholson C, Del sol M. Propuesta de términos anatómicos para las alteraciones de tamaño dentario: "Microdoncia y Macrodoncia". Rev Cient S [Internet] 2019 [Citado]; 37(1) Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022019000100375

43. Relación caries y maloclusiones. Rev cient ADM [Internet]. 2021 [Citado] Vol. 1) 1-5 Disponible en: <https://manizalessalud.net/wp-content/uploads/2021/12/BOLETIN-RELACION-CARIES-Y-MALOCLUSIONES-ESTRUCTURA-copia.pdf>

44. Iztacala UNAM. Malformaciones Congénitas [Internet] [Citado] [Fecha de acceso] [1] Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/cgespi/epipag/conten/malformaciones.htm>

45. Barreno VDS. Factores de riesgo de maloclusion en la primera infancia. Ecuador: [tesis licenciatura] ; 2021. [Citado el 7 de octubre 2022]; 10-15. Disponible en:<http://dspace.uhemisferios.edu.ec:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1287/FACTORES%20DE%20RIESGO%20DE%20MALOCLUSIONES%20EN%20LA%20PRIMERA%20INFANCIA%20REVISION%20DE%20LA%20LITERATURA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Gálvez IJ, Salinas RK, Eguez TA, Huilcapi AJ. Maloclusión clase I de Angle: definición, clasificación, características y tratamientos. Rev Cient UOD. [Internet]. 27/11/2020 [Citado]; 8(2): 4-5. Disponible en: <https://revistacientificauod.files.wordpress.com/2020/11/revision-4-galvez-salinas-eguez-huilcapi.pdf>
47. Ugalde MFJ. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Rev Cient ADM. [Internet]. 30/07/2007 [Citado]; 64(3): 97-109. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>
48. Rodríguez MLA. Prevalencia de maloclusión transversal posterior y factores predisponentes en pacientes del posgrado de ortodoncia. México. [tesis licenciatura]: 2018 [citado el 20 de octubre 2022]; 35-37 Disponible en: <http://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/3245/1/PREVALENCIA%20DE%20MALOCLUSI%C3%93N%20TRANSVERSAL%20Y%20TRATAMIENTO%20EN%20PACIENTES%20%20POSGRADO%20DE%20ORTODONCIA.pdf>
49. Estudi Dental Barcelona. ¿Que son las maloclusiones transversales? Tipos y Causas [Internet] 5 febrero, 2018 [Citado]. [Fecha de acceso] [1] Disponible en: <https://estudidentalbarcelona.com/las-maloclusiones-transversales-tipos-causas/#:~:text=Las%20maloclusiones%20transversales%20son%20alteraciones,los%20planos%20sagital%20o%20vertical.>

50. Oblitas POM, Villalobos TCS, Farje GCA, Coronel ZFT. Maloclusiones Verticales En estudiantes de cinco carreras profesionales de salud, Rev Cient S&VS [Internet]. 28/06/2020 [Citado]; 7 (1) Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/1282>

51. Stanford Medicine Children's Health. Maloclusión [Internet] 2022 [Citado]. [Fecha de acceso] [1] Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=malocclusion-90-P04963#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20se%20diagnostica%20la%20maloclusi%C3%B3n,una%20evaluaci%C3%B3n%20y%20tratamiento%20completos>

52. Propdental. Prevenir las maloclusiones [Internet] 18/02/2019 [Citado]. [Fecha de acceso] [1] Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/como-prevenir-las-maloclusiones/>

53. Rosales M. Alternativas de tratamiento interceptivo para pacientes clase III por deficiencia del maxilar. Rev Cient LO&O [Internet]. 2014 [Citado]; 1-3, Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-21/#:~:text=El%20objetivo%20de%20la%20ortodoncia%20interceptiva%20es%20interrumpir%20el%20desarrollo,severidad%2C%20pudiendo%20no%20estar%20referidas>

54. Clínica dental Serra de Fortuny. ¿Que es la ortodoncia preventiva, interceptada y correctiva? [Internet] Dic 15, 2017 [Citado]. [Fecha de acceso] [1] Disponible en: <https://www.csfdental.com/que-es-la-ortodoncia-preventiva-interceptada-correctiva/>

55. Kolawole KA, Folayan MO, Agbaje HO, Oyedele TA, Onyejaka NK, Oziegbe EO. Oral habits and malocclusion in children resident in Ile-Ife Nigeria. Eur Arch Paediatr Dent. 2019 Jun;20(3):257-265 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30506282/>
56. Mamdouh AM. Annals Of Medical & Health Sciences Research. The Prevalence Of Parafunctional Habits in Taif, Kingdom of Saudi Arabia [Internet] 2020 [Citado]. [Fecha de acceso] [1] Disponible en: <https://www.amhsr.org/articles/the-prevalence-of-parafunctional-habits-in-taif-kingdom-of-saudi-arabia-6413.html>
57. Baeshen H. Pubmed.gov. Malocclusion trait and the parafunctional effect among young female school students [Internet] 2021 [Citado]. [Fecha de acceso] [1] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33424403/>
58. Rueda RR, Salas ME. Maloclusiones y hábitos bucales parafuncionales en adolescentes escolarizados de Mérida, Venezuela. Rev Cient VIOIADR [Internet] 2020 [Citado] ;9(1): 10-25. Disponible en:<http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/bitstream/handle/654321/6536/Art1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
59. Espinal-Botero G, Muñoz A, Flores L, Ponce M, Nava J, González J. Frecuencia de maloclusión en las clínicas odontopediátricas de la Universidad de Antioquia, Colombia, y de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Rev Nac Odontol. 2016;12(22):61-68 <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1206/1405>
60. Méndez RI, Namihira GD, Moreno AL, Sosa MC. El protocolo de Investigación lineamientos para su elaboración y análisis. 2ed. México: Trillas: 1996. 15,71.
61. Barrutia. Malos hábitos orales. [Internet] 2019. [Fecha de acceso 22 de Enero 2023]. [3] Disponible en: <https://clinicadentalbarrutia.com/cuidado-dental/201901/malos-habitos->

[orales/#:~:text=Un%20h%C3%A1bito%20es%20la%20costumbre,fonoarticulaci%C3%B3n%20considerados%20fisiol%C3%B3gicos%20o%20funcionales](#)

62. Inmujeres. Glosario para la consulta en línea/Sexo. [internet] [fecha de acceso 22 de Enero 2023].[2] Disponible en: https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/storage/terminos_pdf/sexo.pdf

63. Sep gob. Conceptos. [Internet] 2019 [fecha de acceso 22 de Enero 2023]. [1] Disponible en: <http://indicadores.sej.gob.mx/publicaciones/Ini2019-2020/Conceptos/Conceptos.htm>

64. Kamman MA, Quirós O. Análisis facial en ortodoncia interceptiva. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. [internet]. 2013 [fecha de acceso 25 agosto 2023]. [3] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-19/>

65. Asociación medica mundial. Declaración de Helsinki. [internet] 2017 Disponible en : <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

66. Diario Oficial de la Federación. Ley General de salud. [internet] 1984. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de familia o tutor

De parte de los pasantes del servicio social de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza perteneciente a la UNAM.

Solicitamos su autorización para realizar un cuestionario y una exploración bucal a su hijo(a) con la finalidad de realizar un trabajo de investigación acerca de hábitos parafuncionales y maloclusión dental. El cual se llevará a cabo en el mes de Febrero

Con su firma en este documento usted autoriza que los pasantes del servicio social de la carrera Cirujano Dentista realicen este procedimiento

Yo _____ padre de familia o tutor de _____ SI () NO () autorizo que se realice la revisión y el cuestionario a mi hijo (a) del grado y grupo _____

Firma _____



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera Cirujano Dentista



Folio: _____

Ficha epidemiológica de maloclusión en adolescentes de la secundaria “Oficial
539 José Revueltas”

Nombre: _____ Grado: _____ Grupo: _____

1. Tipo de perfil

- Recto ()
- Cóncavo ()
- Convexo ()

2. Biotipo facial

- Mesofacial ()
- Dolicofacial ()
- Braquifacial ()

3. Clase molar de Angle

- Clase I ()
- Clase II ()
 - división 1 ()
 - división 2 ()
- Clase III ()

Elaboró: Pérez CJ, Rojas CNG



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera Cirujano Dentista



Folio: _____

**Encuesta de hábitos parafuncionales en adolescentes de la secundaria
“Oficial 539 José Revueltas”**

El objetivo de esta encuesta es identificar los hábitos parafuncionales que puedan modificar la oclusión en los adolescentes de esta secundaria, los datos recabados serán utilizados con fines confidenciales, académicos y estadísticos.

Nombre: _____ Grado: _____ Grupo: _____
Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Instrucciones: lee detenidamente cada una de las preguntas y marca con un "X" la respuesta de tu elección.

1. ¿Te muerdes las uñas?
Si () No ()

¿Con qué frecuencia?
Frecuentemente () Algunas veces () Casi nunca () Nunca ()

Cuando lo realizas ¿te encuentras en alguna de estas situaciones?
Ansiedad () Miedo () Aburrimiento () Ningún de las anteriores ()

2. ¿Te chupas el dedo?
Si () No ()

¿Con qué frecuencia?
Frecuentemente () Algunas veces () Casi nunca () Nunca ()

Cuando lo realizas ¿te encuentras en alguna de estas situaciones?
Ansiedad () Miedo () Aburrimiento () Ningún de las anteriores ()

3. ¿Te muerdes o chupas el labio?
Si () No ()

¿Con que frecuencia?
Frecuentemente () Algunas veces () Casi nunca () Nunca ()

Quando lo realizas ¿te encuentras en alguna de estas situaciones?
Ansiedad () Miedo () Aburrimiento () Ningún de las anteriores ()

4. ¿Tiendes a morder lápices, plumas o algún otro objeto?
Si () No ()

¿Con qué frecuencia?
Frecuentemente () Algunas veces () Casi nunca () Nunca ()

Quando lo realizas ¿te encuentras en alguna de estas situaciones?
Ansiedad () Miedo () Aburrimiento () Ningún de las anteriores ()

5. ¿Has notado que respiras por la boca?
Si () No ()

¿En qué momentos?
Todo el tiempo () Después de realizar actividades físicas o de esfuerzo () Por enfermedad () Nunca ()

Si tienes alguna enfermedad que no te permita respirar por la nariz específica cuál:

-
6. Al despertar ¿has notado tu boca reseca?
Si () No ()

¿Con que frecuencia?
Frecuentemente () Algunas veces () Casi nunca () Nunca ()

7. ¿Has notado que rechinas o aprietas los dientes?
Si () No ()

¿Con que frecuencia?
Frecuentemente () Algunas veces () Casi nunca () Nunca ()

Quando lo realizas ¿te encuentras en alguna de estas situaciones?
Al dormir () Ansiedad () Miedo () Aburrimiento () Ningún de las anteriores ()

8. ¿Has presentado dolor en la mandíbula al despertar?
Si () No ()

¿Con que frecuencia?
Frecuentemente () Algunas veces () Casi nunca () Nunca ()

¡Gracias por tu participación!

Elaboró: Pérez CJ, Rojas C