



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS
DE EDAD DE LA ETNIA KICHWA SARAGURO DEL CÁNTON
SARAGURO, LOJA – ECUADOR 2018

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTOLOGA

AUTORA: Lazo Naula, Martha Gabriela

DIRECTORA: Jiménez Romero, Magaly Noemí, Od. Esp.

Cuenca

2019

DECLARACIÓN:

Yo, **Lazo Naula Martha Gabriela** declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autora: Lazo Naula Martha Gabriela

C.I.: 0302638077

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ETNIA KICHWA SARAGURO DEL CÁNTON SARAGURO, LOJA – ECUADOR 2018”**, realizado por **LAZO NAULA MARTHA GABRIELA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, febrero 2019

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo
COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN ESCOLARES DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ETNIA KICHWA SARAGURO DEL CÁNTON SARAGURO, LOJA – ECUADOR 2018”**, realizado por **LAZO NAULA, MARTHA GABRIELA**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, febrero 2019

.....

Tutora: Jiménez Romero, Magaly Noemí, Od. Esp.

DEDICATORIA

La vida está llena de retos, y una de ellas es la universidad. Tras verme dentro de ella, comprendí que más allá de ser un reto, se convertiría en mi escuela del saber, en donde gané conocimientos científicos, en el campo en el que me he visto inmersa; los cuales me ayudarán a enfrentar con mucha sabiduría mi vida profesional y en lo que concierne a mi futuro.

Dedico este gran triunfo a mi padre celestial, a mis padres terrenales, a mis hermanos, a mi esposo y mi hermosa hija Victoria.

EPÍGRAFE.

Nunca consideres el estudio como un deber,
sino como una oportunidad para penetrar
en el maravilloso mundo del saber.

Albert Einstein

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como es el desarrollo de una tesis de pregrado. Estoy segura que este estudio no hubiese sido posible sin la participación de personas e instituciones, que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio, para ser justa y consecuente con ellas, expresándoles mis agradecimientos.

Agradezco de manera muy especial y sincera a la Od. Esp. Magaly Jiménez Romero por aceptarme, para realizar esta tesis bajo su dirección. Su paciencia, apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte importante y la clave del buen trabajo que hemos realizado juntas.

Quiero expresar también mi agradecimiento al Dr. Ebingen Villavicencio Caparó por su importante participación en este estudio, sobre todo por su disponibilidad para poder obtener los resultados de esta investigación, sin duda su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

Como también mi infinito agradecimiento a la comunidad de la Etnia Kichwa Saraguro de la provincia de Loja, ya que, sin la participación de ellos, el presente estudio no hubiese sido posible.

Agradezco a mi padre celestial por permitirme compartir junto mi familia, esposo e hija, por darme salud y sabiduría para enfrentar cada obstáculo que se presenta en mi vida.

Agradezco a mis padres por sus sabios consejos y sus palabras de aliento, que me han ayudado a crecer como persona y luchar por lo que quiero, gracias por enseñarme valores que me han llevado a alcanzar una gran meta. Los quiero mucho.

Agradezco a mis hermanos por su apoyo, su cariño, por estar en los momentos más importantes de mi vida. Este logro también es de ustedes.

A mi esposo por el apoyo infinito, comprensión y confianza que me ha dado en los momentos más difíciles y a mi niña Victoria por ser el motor de mi vida y el impulso para mejorar cada día como persona.

ÍNDICE

RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	12
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
2. JUSTIFICACIÓN.....	14
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo General	15
3.2 Objetivos Específicos	15
4. MARCO TEÓRICO	16
4.1 Hábitos orales	16
4.1.1 Clasificación de los hábitos	16
4.1.1.a Hábitos beneficiosos o funcionales	16
4.1.1.b Hábitos perjudiciales o deformantes.....	17
4.1.2. Respiración nasal o normal.....	17
4.1.2.a Respiración oral	17
4.1.2.b Etiología.....	18
4.1.2.c Características faciales y dentarias.....	18
4.1.2.d Tratamiento.....	19
4.1.3. Deglución.....	19
4.1.3.a Deglución infantil.....	19
4.1.3.b Deglución madura o normal	20
4.1.3.c Deglución atípica.....	20
4.1.3.d Etiología de la deglución atípica.....	21
4.1.3.e Clasificación de la deglución atípica.....	21
4.1.3.f Características clínicas	22
4.1.3.g Tratamiento.....	22
4.1.4 Hábito de succión	22
4.1.4.a Succión digital.....	23
4.1.4.b Succión del chupón.....	24
4.1.4.c Etiología de la succión digital o chupón.....	24

4.1.4.d Características clínicas del hábito de succión digital o chupón.....	25
4.1.4.e Tratamiento.....	25
4.1.5 Onicofagia.....	25
4.1.5.a Etiología.....	26
4.1.5.b Características clínicas	26
4.1.5.c Tratamiento.....	26
4.1.6 Queilofagia.....	27
4.1.6.a Características clínicas	27
4.1.6.b Tratamiento.....	27
4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
5. HIPÓTESIS.....	32
CAPÍTULO II	
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	33
1. MARCO METODOLÓGICO	34
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
2.1 Criterios de selección	34
2.1.a Criterios de inclusión.....	34
2.1.b Criterios de exclusión.....	34
3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES ⁽¹⁷⁾	36
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
4.1 Instrumentos documentales.....	37
4.2 Instrumentos mecánicos.....	37
4.3 Materiales.....	37
4.4. Recursos	37
5. PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE DATOS	38
5.1 Ubicación espacial.....	38
5.2 Ubicación temporal.....	38
5.3 Procedimiento de la toma de datos	38
5.3.a Método de examen bucal utilizado por los observadores	38
5.3.b Criterios de registro de hallazgos	39
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	40
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	40

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	42
1. RESULTADOS.....	43
2. DISCUSIÓN.....	48
3. CONCLUSIONES	51
IV. BIBLIOGRAFÍA.....	52
ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de la muestra de acuerdo al sexo	43
Tabla 2	Prevalencia de hábitos parafuncionales.....	44
Tabla 3	Frecuencia de hábitos parafuncionales de acuerdo al sexo.....	45
Tabla 4	Frecuencia de los tipos de hábitos parafuncionales.....	46
Tabla 5	Distribución de escolares con hábitos parafuncionales de acuerdo a la edad.....	47

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1:	
CÀLCULO DE LA MUESTRA MEDIANTE OPEN EPI	57
ANEXO 2:	
FICHA DE ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA.....	58
ANEXO 3:	
PERMISO DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL INTERCULTURAL BILINGÜE 11D08 – SARAGURO - EDUCACIÓN.....	61
ANEXO 4:	
CONSENTIMIENTO.....	62
ANEXO 5:	
ASENTIMIENTO	63
ANEXO 6:	
INFORME DE SALUD BUCAL	64

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de hábitos parafuncionales en escolares de 6 a 12 años de edad de la Etnia Kichwa Saraguro del Cantón Saraguro, Loja – Ecuador 2018. **MATERIALES Y MÉTODOS:** El presente estudio fue de enfoque cualitativo, de diseño descriptivo, transversal, se obtuvo un tamaño muestral de 242 sujetos de estudio, sin embargo, se ha ampliado la muestra a 247 en ambos sexos. Se realizó el examen clínico a través de un investigador que anteriormente fue calibrado con una concordancia inter-observador de $k=0,80$. La recolección de datos fue a través de la ficha mapa epidemiológico craneofacial y salud bucodental en la Etnia Kichwa – Saraguro. Las variables estudiadas fueron hábitos parafuncionales, sexo y edad. Los datos fueron analizados a través del software SPSS versión 21 y las pruebas de relación/independencia mediante el test estadístico de χ^2 con un valor de significancia menor a $p=0,05$. **RESULTADOS:** La prevalencia de hábitos parafuncionales fue del 46.6%, no se encontró una relación significativa en cuanto al sexo, el hábito de mayor frecuencia fue la deglución atípica con el 24.7% y en el grupo etario que se presentó con mayor prevalencia fue de los 10 a 12 años de edad con el 51.4%.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia, hábitos, deglución atípica, respiración bucal, queilofagia, onicofagia, grupo étnico

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to determine the prevalence of parafunctional habits in schoolchildren from 6 to 12 years of age of the Kichwa Saraguro ethnic group of Saraguro Canton, Loja - Ecuador 2018. **MATERIALS AND METHODS:** The present study was a qualitative, cross-sectional, descriptive design; a sample size of 242 study subjects was obtained; however, the sample was expanded to 247 in both sexes. The clinical examination was performed through a researcher who was previously calibrated with an inter-observer concordance of $k = 0.80$. The data collection was through the craniofacial epidemiological map and oral health record in the Kichwa - Saraguro ethnic group. The variables studied were parafunctional habits, sex and age. The data were analyzed through the software SPSS version 21 and the relationship / independence tests by means of the statistical test of Chi2 with a value of significance less than $p = 0.05$. **RESULTS:** The prevalence of parafunctional habits was 46.6%, no significant relationship was found in terms of sex, the most frequent habit was atypical swallowing with 24.7% and in the age group with the highest prevalence it was 10 to 12 years old with 51.4%.

KEY WORDS: Prevalence, habits, atypical swallowing, mouth breathing, cheilofagia, onicofagia, ethnic group

INTRODUCCIÓN

Los hábitos parafuncionales son considerados como problemas de salud frecuentes en la población infantil, que es una costumbre o práctica que se adquiere por la repetición constante de un mismo acto⁽¹⁾. Es un comportamiento normal en un momento determinado de la vida, pero su constancia en el tiempo puede causar alteraciones dentomaxilares como también deformaciones orofaciales⁽²⁾.

Los hábitos orales son considerados normales en edades de 3 y 4 años, pero su persistencia a los 5 años es la que causa maloclusiones dentales seguida de una alteración de los músculos faciales e influye de manera significativa en el crecimiento craneofacial⁽³⁾. Cabe mencionar que las maloclusiones ocupan el tercer lugar por su alta frecuencia en la población, lo cual es establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁴⁾. Esta patología se relaciona con factores genéticos y ambientales. Dentro de este último factor se encuentran los hábitos orales, siendo unos de los más importantes, debido a que afectan de manera muy significativa la posición de los dientes y la estructura de los maxilares superior e inferior^(1,4).

En la actualidad no existen estudios relacionados que determinen la frecuencia de hábitos parafuncionales en la comunidad Saraguro; por ello, la importancia o necesidad de determinar la frecuencia de los hábitos perjudiciales o deformantes, ya que el propósito en el campo odontológico es que éstos puedan prevenirse a tiempo, evitando que dichos hábitos provoquen alteraciones en su normal desarrollo y en el funcionamiento de los músculos de la cavidad oral.

Con base a lo anteriormente planteado, el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de hábitos parafuncionales en escolares de 6 a 12 años de edad de la Etnia Kichwa Saraguro del Cantón Saraguro, Loja – Ecuador 2018

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Los hábitos parafuncionales forman parte de los factores ambientales que se relacionan con las alteraciones dentomaxilares o maloclusiones, las mismas que tienen una alta prevalencia en la población infantil; por ello, es necesario realizar diagnósticos e intervenciones tempranas para corregir las alteraciones de los hábitos parafuncionales, que puedan presentarse en los escolares como también el reforzamiento de campañas en la lactancia materna lo que ayudaría a reducir otros hábitos como la deglución atípica.

Cabe mencionar, que el presente estudio de la prevalencia de hábitos parafuncionales se encuentra dentro de la línea de investigación acerca de los factores de riesgo de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

Los efectos y las alteraciones de la práctica de un hábito no funcional pueden ser observados en la dentición de los niños, por ende, es indispensable corregir y eliminar los hábitos parafuncionales lo más pronto posible, para evitar alteraciones más severas del sistema estomatognático en los escolares.

Por ello, surgió como pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de hábitos parafuncionales en escolares de 6 a 12 años de edad de la Etnia Kichwa Saraguro del Cantón Saraguro, Loja – Ecuador 2018?

2.- JUSTIFICACIÓN

Esta investigación está enfocada principalmente en los escolares de 6 a 12 años de edad de la Etnia Kichwa Saraguro del cantón Saraguro de la provincia de Loja, lo cual denota una **relevancia humana**.

Este estudio tiene un **nivel de originalidad** local y nacional, debido a que no se cuentan con estudios de prevalencia de hábitos parafuncionales en este grupo étnico, por ello surge la necesidad de una investigación para saber la prevalencia de estas patologías. Mediante este proyecto de investigación se podrá saber la frecuencia con la que se presentan los hábitos orales como la respiración bucal, deglución atípica, succión digital, onicofagia y queilofagia, representándolos en tablas estadísticas que muestren su prevalencia en porcentajes; y a través de una justificación teórica dar a conocer las causas que intervienen en dichas patologías. Cabe mencionar que esta información contribuirá para el conocimiento de la comunidad, lo cual denota **la relevancia científica**.

Tiene una **relevancia social** ya que va a permitir tomar conciencia a los padres de familia en la prevención de la salud oral de sus hijos y recurrir a los servicios de salud odontológica, para que evalúen el tipo de hábito parafuncional que tienen los niños en la población y con base a esto poder planificar un tratamiento interceptivo para el hábito y a su vez prevenir el agravamiento de las maloclusiones. Para ello, también es necesario que en esta comunidad se implementen programas por parte del gobierno, que ayuden a solventar cada uno de los problemas bucales que puedan existir en los niños y, por ende, contribuir a las mejoras de salud bucal en la población infantil.

El **interés personal** para realizar esta investigación es el cumplimiento de la presentación de un trabajo de investigación para obtener el título de profesional de Odontóloga para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado coordinaciones con las autoridades institucionales de la Universidad Católica de Cuenca, con la Dirección de la Carrera de Odontología, con la Dirección de Investigación de la Carrera de Odontología y con la Unidad de Titulación. Además de ello se ha coordinado con la Dirección Distrital D06 de Educación de Saraguro, con la Coordinadora Circuital y con los Rectores Institucionales.

3.- OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Determinar la prevalencia de hábitos parafuncionales en escolares de 6 a 12 años de edad de la Etnia Kichwa Saraguro del Cantón Saraguro, Loja – Ecuador 2018

3.2. Objetivos Específicos:

Establecer la prevalencia de hábitos parafuncionales en escolares de 6 a 12 años de edad de la Etnia Kichwa Saraguro del Cantón Saraguro, Loja – Ecuador 2018, según el sexo

Identificar cuáles son los tipos de hábitos parafuncionales más frecuentes en escolares de 6 a 12 años de edad de la Etnia Kichwa Saraguro del Cantón Saraguro, Loja – Ecuador 2018

Conocer en qué edad se presenta mayor frecuencia de hábitos parafuncionales en los escolares de la Etnia Kichwa Saraguro del Cantón Saraguro, Loja – Ecuador 2018, según el grupo etario de 6 a 9 años edad y de 10 a 12 años de edad.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Hábitos orales

Un hábito se define como una acción o práctica frecuente de un mismo acto, que con el tiempo llega a generar una satisfacción; son patrones de contracción muscular muy compleja que por una repetición constante suelen ser aprendidas^(1,5). Al inicio lo hace de forma consciente, pero al transcurrir el tiempo y la intensidad con la que se realice el hábito puede convertirse en inconsciente⁽¹⁾.

Los hábitos parafuncionales o no fisiológicos forman parte de los factores etiológicos de las maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, causantes de las alteraciones en la posición de los dientes y de la forma que mantienen las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en los patrones de crecimiento óseo como también en el equilibrio de las fuerzas musculares orales y periorales^(2,6).

Los daños hacia el sistema estomatognático dependerán de la frecuencia, seguida de la duración, así como también de la intensidad con la que se realice el hábito, causando mordidas abiertas anteriores y laterales, seguidas de protrusiones dentarias, como también de alteraciones en la erupción de uno o varios dientes y a la vez ocasionando problemas ortopédicos y ortodónticos^(1,6).

De acuerdo a la edad en que se inicia el hábito parafuncional provoca la deformación ósea, es decir, mientras más temprano empieza el hábito más grave será el daño, debido a que hay una buena capacidad por parte del hueso a modificarse⁽¹⁾. En cuanto el hábito se elimine antes de los 3 años el daño provocado puede corregirse espontáneamente. Además el realizar un diagnóstico en edades tempranas de los hábitos parafuncionales, nos permitirá establecer acciones correctivas en el patrón de crecimiento de los maxilares y en el desarrollo de los arcos dentarios, previniendo así las futuras consecuencias de los malos hábitos^(1,2).

4.1.1. Clasificación de los hábitos

Pueden clasificarse en:

4.1.1.a. Hábitos beneficiosos o funcionales

Son aquellas acciones realizadas correctamente con normalidad que estimulan y benefician el desarrollo de la masticación, la deglución y la respiración⁽⁷⁾.

4.1.1.b.- Hábitos perjudiciales o deformantes:

Son los que se adquieren por la repetición constante de un acto que no es funcional como es el caso de la succión digital, la onicofagia, la queilofagia, la respiración bucal, deglución atípica, etc. La presencia de los hábitos parafuncionales pueden provocar el desarrollo de las maloclusiones^(5,7).

4.1.2. Respiración nasal o normal

Es un hábito funcional, donde la nariz es la primera ruta de respiración de todo ser humano, la misma consiste que por la nariz ingrese el aire libremente con un cierre simultáneo de la cavidad bucal, estableciendo así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro, esto se da en el momento de la inspiración⁽⁸⁾.

Por ello, cuando la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, crea un estímulo positivo para su desarrollo, siendo así la respiración normal de vital importancia para mantener un balance con el sistema estomatognático^(5,8).

Según Moss, la respiración nasal permite un correcto crecimiento y desarrollo de la estructura craneofacial y dentoalveolar⁽⁴⁾.

4.1.2.a.- Respiración oral

Es un hábito parafuncional donde la lengua se ubica en una posición descendente para permitir que el aire pase por la boca⁽⁹⁾. En la respiración oral tanto en la inspiración como en la espiración el aire viaja por la boca y provoca como tal, un resultado de aumento de la presión aérea oral⁽⁵⁾. Existe una relación entre la respiración oral y el desarrollo de una maloclusión.

En el respirador oral como su nombre lo indica la respiración es por la boca, el paladar tiende a moldearse y a profundizarse, al mismo tiempo como el aire no recorre por la cavidad nasal, no penetra en los senos maxilares y estos se vuelven atrésicos, dando al paciente una característica física de cara larga o denominada también facies adenoidea^(5,9).

La respiración oral habitualmente está relacionada a pacientes con interposición lingual y labial; pero según Lopes, revela que una prolongada lactancia materna disminuye el riesgo de desarrollar este hábito no funcional⁽¹⁾.

4.1.2.b.- Etiología

La respiración oral puede ser causada por razones obstructivas, por hábitos o por razones anatómicas⁽⁸⁾.

Los pacientes que padecen esta anomalía por una **causa obstructiva** se caracterizan por presentar desviación del tabique nasal, seguido de una congestión de la mucosa faríngea, cornetes agrandados y por último alergias e hipertrofia de las amígdalas^(5,8).

Cabe mencionar que en la población pediátrica la causa más común de la respiración oral es la obstrucción nasal específicamente la hipertrofia adenoidea. Esta anomalía tiene una influencia negativa en el crecimiento y en el desarrollo de los niños⁽⁴⁾.

Los que respiran **por hábito**, aunque se les haya eliminado la obstrucción que los llevaba a realizar una respiración oral, mantienen ese tipo de respiración, transformándose en respiradores orales funcionales y aquellos que lo realizan **por razones anatómicas** debido a que el labio superior es corto y se les dificultará el cierre labial completo^(8,4).

Por todos los causantes anteriormente mencionados, en la respiración oral la acción muscular se perturba, se pierde el equilibrio entre los labios, músculos buccinadores y la lengua; esto provoca un cierre labial debilitado porque rutinariamente mantienen los labios separados y, por consiguiente, no se ejercitan los músculos periorales^(8,4).

Por la acción muscular anormal, trae como consecuencia maloclusiones y por efecto hay una marcada afectación en el desarrollo craneofacial lo que se denomina síndrome de la cara larga o facies adenoidea⁽⁸⁾.

4.1.2.c.- Características faciales y dentarias

El cuadro clínico del paciente dependerá de la alteración que posea al momento de ingresar el aire, de la condición de su estado y de los rasgos faciales; así como también el tiempo que lleva actuando este hábito⁽⁸⁾.

Se caracteriza por presentar un aspecto de cara larga o facies adenoide (boca entre abierta, nariz y narinas pequeñas, cara estrecha y larga, ojeras marcadas, mejillas flácidas, labio superior corto y labio inferior grueso), seguida de

alteraciones en la postura de la cabeza, del cuello y por último del hueso hioides^(1,5).

En las características intraorales se puede observar un paladar ojival, seguida de unos maxilares estrechos, retrusión de la mandíbula e incisivos superiores protruidos, a más de esto presenta un ángulo goniaco más obtuso, favoreciendo un patrón de crecimiento en sentido vertical⁽⁵⁾.

4.1.2.d.- Tratamiento

Para el tratamiento del paciente respirador oral requerirá de un equipo multidisciplinario, es decir, puede ser necesario un tratamiento o procedimientos quirúrgicos si el causante es una obstrucción nasal, ya sea esta por adenoides, amígdalas, pólipos, etc.⁽⁸⁾ Por consiguiente, puede requerirse interconsulta con el otorrinolaringólogo (tratar bronquitis, asma, laringitis, etc) o con el fonoaudiólogo (tratar problemas del habla y enseñar correctamente a respirar) y por último un tratamiento ortodóncico para corregir alteraciones transversales ocasionadas por la respiración oral con aparatología de disyunción que nos brinda una expansión rápida del maxilar mejorando la morfología de la arcada dental superior, como también las dimensiones de la cavidad nasal y por consiguiente regenerar la resistencia de las vías aéreas^(8,4).

4.1.3. Deglución

La deglución se puede clasificar en dos grupos: deglución infantil y la deglución madura o normal.

4.1.3.a.- Deglución infantil

En la deglución, la lengua tiene un papel muy importante al momento de deglutir y en el desarrollo de la misma, por ello, la lengua permanece alta para llenar la cavidad bucal^(3,5). Empieza a tragar alrededor del segundo trimestre de vida intrauterina y al 5to mes de vida intrauterina puede darse la succión del dedo de forma temprana en el feto, además se da el descenso natural del hueso hioides⁽⁵⁾.

El recién nacido y lactante presentan una deglución infantil, en la misma se puede observar que la lengua se ubica en los rebordes alveolares en el sector de los incisivos; donde los músculos faciales y linguales juegan un papel fundamental, mientras los músculos masticadores dirigen la movilidad mandibular^(3,5).

4.1.3.b.- Deglución madura o normal

Después de la erupción de los molares temporales durante el segundo año de vida, comienza la función masticatoria como una actividad neuromuscular, es decir, evolucionando gradualmente a la deglución fisiológica de un adulto en donde interviene todo el sistema estomatognático^(3,5).

La actividad neuromuscular se establece para lograr la masticación, sustituyendo a la succión, donde se inicia un circuito neural de los receptores periodontales seguida de la mucosa bucal como también la posición de las piezas dentarias y la movilidad mandibular, la misma que se complementa con los huesos y los músculos masticatorios y por último de la articulación temporomandibular⁽⁵⁾.

Muchos profesionales del campo odontológico y fonoaudiológico manifiestan que en la deglución normal no se usan los músculos de la expresión facial⁽⁴⁾, sino intervienen principalmente los músculos masticatorios que unen a los maxilares como son: masetero, temporal, pterigoideo interno y externo, como también la musculatura de los labios, seguida de los músculos del paladar blando, los músculos del esófago, los músculos de la faringe, los músculos supra-hioideos y por último el músculo de la epiglotis^(4,3).

Mientras que la lengua se encuentra dentro de los arcos dentales, esta realiza un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás logrando transportar el bolo alimenticio hacia la faringe⁽⁴⁾.

4.1.3.c.- Deglución atípica

Es un hábito parafuncional denominado también interposición lingual, se origina porque la lengua se apoya entre los incisivos al momento de la deglución, en vez de tomar como punto de apoyo a las rugas palatinas^(1,5). Si la lengua se ubica entre los incisivos causa una compresión del maxilar superior y un desarrollo transversal del mismo, debido a que no se produce una estimulación lingual y a la vez ocasiona cambios en la morfología facial⁽⁵⁾. Cabe mencionar también que hay una contracción de los labios y de las comisuras, lo que causa un estrechamiento del músculo mentoniano, seguido de un apiñamiento de los incisivos inferiores y por último una vestibularización de los incisivos superiores⁽¹⁰⁾.

La interposición lingual provoca una mordida abierta anterior a nivel dentoalveolar, y la misma se aumenta con la retroalimentación de la actividad neuromuscular⁽⁵⁾.

Mientras la lengua se encuentra en el piso de la cavidad oral, provoca un crecimiento antero-posterior y transversal del maxilar inferior ocasionando con el tiempo mordidas cruzadas^(1,5).

Según Ovsenik, la lactancia materna es esencial en la maduración de los patrones normales de la deglución, según Graber esta maduración sucede entre los 2 y 4 años de edad⁽¹⁾.

4.1.3.d.- Etiología de la deglución atípica

Existen varias causas que ayudan a la presencia de deglución atípica como problemas respiratorios, problemas de la lengua como en el caso de la macroglosia, alimentación artificial muy prolongada (uso del biberón), pérdida prematura de los dientes anteriores deciduos, como también la presencia de amígdalas inflamadas^(2,3).

Los niños con problemas neurológicos o un desequilibrio del control nervioso, no mantienen un equilibrio muscular durante la deglución, es decir, no hay un control de la musculatura y mucho menos de la coordinación motora⁽²⁾.

4.1.3.e.- Clasificación de la deglución atípica

De acuerdo a la propuesta por Brauer en el año 1965 clasificó alternando la deglución con empuje lingual en relación a la deformidad que ocasiona⁽⁴⁾. Esta se divide en cuatro grupos:

El **tipo I**, no ocasiona deformidades en la cavidad bucal, pero coloca en mala posición la lengua⁽⁴⁾.

El **tipo II**, es aquella donde la lengua ejerce una presión lingual sobre los dientes anteriores, efectuando así una deglución con los dientes en desoclusión, pudiendo ocasionar deformidades como una mordida abierta anterior seguida de una mordida cruzada y por último una vestibuloversión^(4,10).

El **tipo III**, por el contrario la lengua ejerce una presión lingual lateral apoyándose en los premolares de ambos arcos dentales provocando un desequilibrio muscular del lado en el cual se esté apoyando; la deformación que este ocasiona es una mordida abierta lateral como también una mordida cruzada^(4,10).

El **tipo IV**, donde la lengua ejerce una presión lingual tanto en el sector anterior como lateral, provocando una mordida abierta en los dos sectores, así como la presencia de una mordida cruzada posterior^(3,4,10).

4.1.3.f.- Características clínicas

Estas características se presentan de acuerdo al tipo de deglución que tenga el niño, en el cual se puede observar desde una mordida abierta anterior y posterior, seguida de una incompetencia labial, diastemas de los dientes antero superiores y por último un aumento en la tonicidad de la borda del mentón⁽³⁾.

4.1.3.g.- Tratamiento

Es necesario la ayuda de un equipo multidisciplinario. Primero se requiere de un fonoaudiólogo para modificar los patrones funcionales de los tejidos orales mediante una terapia funcional y después solicitar la ayuda del ortodoncista o cirujano para la reposición quirúrgica de los maxilares o simplemente un tratamiento ortodóncico^(3,4).

Está contraindicado este tipo de tratamiento en pacientes con discrepancias esqueléticas que no se hayan intervenido quirúrgicamente o en individuos que tengan un tamaño anormal de la lengua (macroglosia), debido a que no hay un control de la función muscular orofacial o aquellos que presenten algún daño neurológico⁽⁴⁾.

4.1.4. Hábito de succión

Es la primera actividad muscular que realiza el recién nacido como una necesidad biológica de los nutrientes^(5,11). Existen dos formas de esta succión: la primera es la succión nutritiva y la segunda la succión no nutritiva, ambas causan una sensación de seguridad y calidez⁽⁴⁾.

La **succión nutritiva** es aquella alimentación natural que ofrece al niño la contribución de todos los nutrientes necesarios para un desarrollo y crecimiento óptimos. Constituye también un intercambio primordial o significativo con el mundo exterior, establece un contacto directo físico con la madre, además de sentir satisfacción y bienestar al alimentarse y sentir seguridad y amor^(4,5,11).

La **succión no nutritiva** de chupón, dedos u otros objetos con los cuales el niño genera sustitutos para sentir una sensación de calidez, calma y seguridad⁽¹¹⁾. Es una acción normal durante el desarrollo tanto fetal como neonatal, es decir,

empieza en el útero y perdura hasta los 18 meses de vida, es más intenso en los primeros meses de vida pero conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye^(1,4).

El hábito de succión no nutritiva es normal en los niños pequeños y lactantes, pero ocasiona un daño al desarrollo de la oclusión y a las estructuras orofaciales, cuando ésta se prolonga o se extiende en el tiempo, es decir, mayor de los 18 meses de edad⁽¹¹⁾.

4.1.4.a.- Succión digital

Hábito parafuncional que consiste en introducir un dedo (por lo general el pulgar), en la cavidad oral, muchas de las veces durante el día y la noche, lo que implica un constante encogimiento de la musculatura perioral^(1,4). Donde la succión del dedo pulgar ejerce una fuerza sobre los dientes antero superiores, es decir, el dedo mantiene una posición vertical y lo dirige hacia adelante y a su vez lo dirige hacia atrás, ejerciendo una fuerza de palanca sobre los dientes antero inferiores^(12,13).

Este tipo de hábito está relacionado a los estados de ansiedad e inestabilidad emocional, es decir, existe un desbalance psicológico, debido al estrés que se manifiesta de forma repetitiva en su hogar por lo que constituye una forma equivocada de solucionar los problemas^(4,12). Algunos autores indican que cuando terminan de erupcionar los dientes temporales y empieza el proceso de oclusión, es decir, alrededor de los 3 años de edad sería el tope máximo que el niño debe dejar el hábito, debido a que ya presenta toda la dentición temporal y no necesita succionar más el dedo⁽¹²⁾.

Si el hábito no es suspendido puede estar asociado al estrés, seguido de una depresión, aburrimiento y cansancio debido a que el infante se refugia en este mal hábito para escapar de la realidad porque le parece muy difícil y al realizar la succión de uno o más dedos entra en un estado de satisfacción y tranquilidad lo que los induce al sueño^(12,13).

La succión del pulgar provoca en la mayoría de los casos una malformación maxilofacial, es decir, el dedo pulgar presiona sobre el maxilar y se apoya sobre la mandíbula, dando como consecuencia una protrusión del maxilar y una retrusión de la mandíbula provocando una proyección de los incisivos superiores hacia

delante, mientras que la arcada inferior se dirige hacia atrás, generando así un menor crecimiento de la mandíbula^(4,5).

Genera también una contracción de los músculos orbiculares y buccinadores; existe una presión de las zonas laterales del maxilar superior impidiendo el desarrollo del hueso maxilar transversalmente, con frecuencia da como resultado una mordida cruzada uni o bilateral⁽⁵⁾.

El hábito de la succión digital se asocia con las siguientes maloclusiones: mordida abierta anterior, seguida de la protrusión de incisivos superiores, mordida cruzada; también se caracteriza por presentar un paladar ojival, retroclinación de incisivos inferiores, y por último un aumento del resalte^(1,4).

4.1.4.b.- Succión del chupón

Es un hábito parafuncional cuando se prolonga más allá de los 36 meses. Se asocia a que la posición bucal del chupón sufre un desplazamiento de la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos buccinadores y orbiculares^(4,5).

La succión del chupón por tiempo prolongado tiene como consecuencia una mordida cruzada, así como también en la dentición primaria se puede observar una mordida abierta, seguida de un resalte aumentado y por último una relación canina y molar de clase II⁽⁵⁾.

Los infantes que practican frecuentemente succión digital o del chupón presentan daños en la flora intestinal e hipertrofia del sistema linfático lo que podría provocar una respiración bucal⁽⁵⁾.

Es recomendable que la succión del chupón se detenga como máximo a los 2 años de edad para una auto-recuperación del daño esquelético. Se recomienda también que los lactantes no deben empezar antes de los 15 días de vida el uso del chupón; hay que restringirlo a los 8 meses y eliminarlo al año^(4,5).

4.1.4.c.- Etiología de la succión digital o chupón

No existe una etiología exacta del porque los niños realizan el hábito de succión, debido a que hay la presencia de múltiples factores como el abandono precoz de la lactancia materna, como también los niños con tendencia sumisa son más

propensos que adapten este mal hábito que los niños agresivos porque a ellos no se les produce mucha tensión oral^(12,13).

4.1.4.d.- Características clínicas del hábito de succión digital o chupón

Se caracteriza por presentar protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas), seguida de una linguoversión de los incisivos inferiores, un prognatismo alveolar superior, un estrechamiento de la arcada superior (debido a la acción del músculo buccinador), la dimensión vertical aumentada como también la presencia de una mordida abierta anterior o una mordida cruzada posterior⁽¹³⁾.

4.1.4.e.- Tratamiento

Como primera elección se puede iniciar con un tratamiento psicológico, el mismo que puede ser a través de charlas, canciones, videos y la utilización de la hipnosis mediante la cual se ha podido eliminar totalmente el problema en un tiempo de 6 meses^(12,13). También se puede recurrir a tratamientos ortopédicos como puede ser el retenedor con rejilla, el mismo que tiene por objetivo impedir el acceso del dedo a la cavidad bucal del paciente; este tipo de aparatología muestra resultados en 3 meses y a los 5 meses se les retira⁽¹²⁾. Si el paciente presenta una mordida cruzada a causa de la succión digital es recomendable utilizar aparatología fija, por lo cual es óptimo usar el Quad Hélix con rejilla^(4,5).

Es importante que el profesional odontólogo tenga una parte psicológica en su formación para que pueda guiar a los padres al mejor tratamiento para el niño, ya sea un tratamiento psicológico o de origen odontológico, ya que el éxito del tratamiento es descubrir el motivo real por el cual el niño no ha suspendido el hábito^(12,13).

4.1.5. Onicofagia

Se define como el hábito de comerse las uñas con los dientes, pudiendo ocasionar heridas en los dedos, seguida de heridas en los labios y en las encías, un desgaste dentario localizado, desviación de uno o más dientes y una afectación localizada del tejido periodontal como también el desarrollo de infecciones^(1,14). Este tipo de hábito perjudicial padecen tanto los niños como los adultos jóvenes, aunque es más frecuente en las niñas⁽¹⁴⁾.

Es un acto adquirido por la experiencia, repetitivo y adverso, originado de los patrones neuromusculares complejos que a su vez causan un trauma en el sistema masticatorio⁽¹⁴⁾.

Según Williams, el hábito de la onicofagia puede provocar una disfunción temporomandibular y a largo plazo causaría una disminución del espacio articular, desencadenando así a una compresión discal^(1,14).

4.1.5.a.- Etiología

Los pacientes con onicofagia se pueden relacionar con problemas de comportamiento o problemas psicológicos severos, inclusive llegando a necesitar la ayuda de un equipo multidisciplinario⁽²⁾, además estos factores etiológicos pueden empeorar la situación de pacientes con bruxismo o alteraciones en la articulación temporomandibular⁽¹⁴⁾.

El estado psicoemocional de ansiedad hace referencia a la necesidad de morder y comer las uñas, ésto se presenta entre los 4 y 6 años de edad y se consolida entre los 7 y 10 años de edad; este hábito aumenta notablemente durante la adolescencia y disminuye cuando aumenta la edad^(4,14).

Los niños practican este tipo de hábitos no fisiológicos para atraer la atención a causa de la falta de atención de los padres, así como falta de madurez emocional, seguida de los cambios constantes que suceden en el ambiente familiar o simplemente por imitación⁽¹⁴⁾.

Mediante todo lo mencionado anteriormente, se determina que la causa básica de la onicofagia se relaciona con la ansiedad, imitación y por último el estrés^(4,14).

4.1.5.b.- Características clínicas

Se puede observar desde un apiñamiento dentario, protrusión de incisivos superiores, desgaste, fracturas, destrucción periodontal de la zona anterior, hasta problemas estomacales y onicomycosis⁽⁴⁾.

4.1.5.c.- Tratamiento

Para empezar el paciente debe estar motivado y consciente de la necesidad de abandonarlo. En los casos de onicofagia leve no se requiere de tratamiento, pero en los casos más graves se necesita eliminar los factores emocionales que estén

provocando el hábito, es decir, necesita estrictamente de un tratamiento psicológico^(4,14).

Se recomienda realizar actividades con las manos o al aire libre para contribuir a la autoconfianza del paciente y que se eleve la autoestima del mismo⁽⁴⁾.

4.1.6. Queilofagia

Es un hábito parafuncional que tiene como costumbre mordisquearse o chuparse el labio inferior o como lo define el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas es un “hábito morboso o tic de morderse los labios”, en el cual, el niño apoya el labio inferior sobre los incisivos inferiores dejando entre los labios, los incisivos superiores^(5,15); pudiendo observarse el labio superior hipotónico y el labio inferior hipertónico, debido a la fuerza muscular del músculo depresor del labio inferior (cuadrado del mentón) o contracción intensa que este último ejerce, durante la interposición del labio entre los dientes superiores e inferiores provocando que los incisivos superiores tengan una proyección hacia la parte anterior^(5,15); lo que a nivel dentoalveolar ocasiona una retracción mandibular durante el acto, seguida de una retracción de las encías y linguoversión de los incisivos inferiores y por último una vestibuloversión de los incisivos superiores^(4,15). Este hábito parafuncional puede conllevar como consecuencia una maloclusión clase II división 1, la misma que dependerá de la frecuencia y longevidad del mal hábito⁽⁴⁾.

4.1.6.a.- Características clínicas

A nivel extraoral se puede presentar un surco mento-labial marcado, seguida de un cierre labial forzado, hipertrofia del músculo orbicular de los labios y por último un crecimiento de la mandíbula en sentido horizontal⁽⁵⁾.

A nivel intraoral se puede observar a los incisivos superiores protruidos, mientras que a los incisivos inferiores retruidos y el overjet aumentado⁽⁵⁾.

4.1.6.b.- Tratamiento

Consiste primero en tratamientos psicológicos y como segunda opción tratamientos ortopédicos para eliminar este hábito, en la cual se puede utilizar la bompereta labial, la misma que tiene por objetivo inhibir la presión del músculo orbicular de los labios, vestibularizar incisivos, aumentar la longitud y ancho del arco y por consiguiente aliviar el apiñamiento del arco inferior; los resultados

dependerán de la posición del labio contra la bompereta, de la altura del escudo labial y de la duración de su uso^(4,5).

Se puede utilizar también la aparatología de escudillo vestibular removible o fija, el mismo que permitirá una reeducación neuromuscular del labio, el cual adopta una mejor posición, sin apretar ni obstaculizar los incisivos inferiores, con esta aparatología se facilita un completo cierre labial⁽⁵⁾.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En un artículo de revista titulado “Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle”, Chamorro A. y cols. determinaron la frecuencia de hábitos orales, mediante una revisión de 209 historias clínicas de pacientes, que acudían a la clínica odontológica pediátrica y de ortopedia maxilar en edades comprendidas de 5 a 12 años. Mediante un análisis del tipo de hábito en relación a la edad y al género, obtuvieron una prevalencia del 36% en la respiración oral seguida de un 24% en la onicofagia, siendo los hábitos de mayor frecuencia. En cuanto al género, el sexo femenino fue el de mayor prevalencia con un 67%.

En el artículo denominado “Caracterización de hábitos orales en una muestra poblacional de Santiago de Cali, Colombia” realizado por Soto Llanos y cols. quienes identificaron la presencia de hábitos y los que fueron de mayor incidencia. La población comprendía de 1662 pacientes pediátricos, que acudían a la consulta privada de los investigadores en edades comprendidas de 3 a 14 años. Mostraron una prevalencia del 17,7% quienes presentaban algún tipo de hábito no funcional. El hábito de mayor frecuencia fue la respiración bucal con el 35,4%, seguido de la succión con el 24,8% siendo el de menor incidencia la queilofagia con una prevalencia del 8,5%.

En el artículo titulado “Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos”, realizado por Mendoza y cols. determinaron la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con los hábitos bucales nocivos. Para ello, previamente los examinadores fueron calibrados con una concordancia del 92% para las maloclusiones y un 98% en los hábitos nocivos. Se realizó el estudio con un tamaño muestral de 147 niños en edades comprendidas entre 2 a 15 años, la cual se llevó acabo en dos etapas; el primero consistía en identificar el hábito bucal nocivo seguido de ello un diagnóstico del tipo de maloclusión. Utilizando un paquete estadístico SPSS 15. Obtuvieron como resultados una prevalencia del 96,6% que presentaron hábitos nocivos en edad de 4 y de 6 a 11 años durante la dentición mixta. El hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual con el 66,2%, seguida de la succión labial con el 49,3%, la onicofagia con el 41,9% y siendo el de menor prevalencia la respiración oral con el 31,8%. En cuanto a las maloclusiones el de mayor incidencia fue la mordida abierta con el 35,1% y el 12,8% correspondiente a mordida cruzada posterior siendo el de menor incidencia. Cabe mencionar también, que en este estudio se encontró una asociación entre el hábito

de interposición lingual y la mordida abierta, seguida del hábito de respiración oral con la mordida cruzada posterior y la clase II de Angle.

En un artículo de revista titulado “Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años de edad” realizado por Reyes Romagosa D. y cols. identificaron la existencia de hábitos y sus manifestaciones bucales, en un tamaño muestral de 86 niños en edades comprendidas de 5 a 11 años, quienes pertenecían al área de salud del Policlínico Universitario de Manzanillo, Granma, en el periodo de enero a junio del 2013. En la cual consideraron las variables de edad, sexo y características clínicas. Mostrando una prevalencia del 60,5% en el sexo femenino y una prevalencia del 37,2 y 20,9% en la succión digital y la deglución atípica respectivamente a los 9 años de edad, en cuanto al sexo masculino tuvo una prevalencia del 36% con otros tipos de hábitos en la misma edad. La característica más sobresaliente en ambos sexos fue la vestibularización del sector anterior del maxilar superior específicamente de los incisivos.

En un artículo de revista denominado “Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años.” Podadera Valdés Z. y cols. evaluaron la repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en grupo poblacional de 197 niños que pertenecían a la Clínica Estomatológica Docente de Pinar del Río en el año 2012. Escogieron las variables de edad, seguida del tipo de respiración, el tipo de maloclusión, anomalía de la oclusión, la profundidad palatina y por último el biotipo facial. Para obtener los resultados se utilizaron las medidas de resumen para conseguir la frecuencia absoluta y porcentajes, y las medidas de tendencia central para conseguir la media y la desviación estándar para las variables cualitativas y cuantitativas respectivamente. Complementando el análisis del estudio con la prueba de Chi cuadrado y la prueba T Student para las variables de profundidad palatina y resalte. Obteniendo una prevalencia del 27,4% de respiradores bucales, dándose con mayor frecuencia a los 10 años de edad con el 35,2%. En esta misma edad el 98,1% presentaba maloclusión con predominio a la Clase II y la anomalía de la oclusión más constante fue el resalte aumentado y un ligero predominio del tipo dolicofacial.

En un artículo de revista denominado “Relación de la succión no nutritiva con la maloclusión en niños ecuatorianos” realizado por Carrillo Valencia M. y cols. determinaron la relación que existe entre los hábitos de succión no nutritiva y la presencia de maloclusiones con un tamaño muestral de 435 niños pertenecientes a tres centros educativos del cantón Ambato, Ecuador en edades comprendidas entre 5 a 9 años. El

levantamiento de los datos fue llevado a cabo por un Dentista entrenado y mediante la utilización de los criterios diagnósticos de Hurtado y cols. de acuerdo a la maloclusión. Estudiaron las variables relacionadas a las características propias del niño y la duración del hábito con la presencia de la succión no nutritiva y la maloclusión. Los datos fueron analizados mediante un test estadístico de Chi cuadrado. Obteniendo como resultados una prevalencia del 52,6% de la succión no nutritiva, siendo la de mayor frecuencia la succión digital con el 21,6% y una prevalencia del 38,6% de maloclusiones, siendo la más frecuente la mordida cruzada anterior con el 8,7%.

En un artículo titulado “Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de Odontopediatría” realizado por Catarí y cols. describieron los hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños con dentición mixta que asistieron a la consulta Odontopediátrica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo con un tamaño poblacional de 190 historias clínicas en un periodo comprendido del 2012 al 2013. El estudio se llevó a cabo en 2 etapas: primero el llenado de la historia clínica de la FOUC y en segundo lugar la aplicación de la lista de cotejo con los datos obtenidos en la misma. Obtuvieron como resultado que los hábitos parafuncionales y la maloclusión se dio en un total de 51 pacientes, siendo el hábito más frecuente la onicofagia con un total de 40 pacientes y en cuanto a la maloclusión, el de mayor frecuencia fue el apiñamiento con un total de 22 pacientes, seguida de la clase II subdivisión 2 con un total de 21 pacientes y por último la mordida abierta con un total de 14 pacientes.

En un artículo de revista denominado “Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones” realizado por Morales Chávez y cols. evaluaron 195 historias clínicas de los pacientes que asistieron al posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Santa María en Caracas, Venezuela en edades comprendidas de 3 a 16 años. Para ello, consideraron las siguientes variables: tiempo de lactancia materna seguida de la presencia de hábitos parafuncionales y por último las maloclusiones. Obtuvieron como resultado que un 29,7% de los niños recibían lactancia materna en tiempo menor o igual a 5 meses, un 62,1% en lapso de 6 meses o más y el 8,2% no recibió lactancia materna. En cuanto a los hábitos parafuncionales y a la maloclusión se presentó una prevalencia del 84,1% y del 41% respectivamente. Complementando el estudio con un análisis de cada variable en la prueba Chi cuadrado, donde se determinó que existía una íntima relación entre el tiempo de lactancia materna menor a 6 meses y la aparición de hábitos no funcionales, sin

embargo, no existió relación alguna entre el tiempo de lactancia y la aparición de maloclusiones.

En un artículo titulado “Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis de Potosí-México y Medellín-Colombia” realizado por Arias A y cols. realizaron la comparación con un tamaño muestral de 598 pacientes pediátricos, recalando que por cada ciudad son 299 niños. Para el análisis de los datos fue necesario utilizar el Chi cuadrado con ayuda del programa SPSS21. Obteniendo como resultados que el hábito de mayor frecuencia fue la onicofagia en San Luis Potosí y la respiración bucal en Medellín. Los niños que padecían, algún tipo de hábito parafuncional se relacionaban con la clase molar I y en cuanto a la clase III se relacionaba con la deglución atípica esto en San Luis Potosí. Además de ello, se presentó una relación significativa entre la deglución atípica y la presencia de maloclusiones como también existe una relación significativa entre la succión digital y la presencia de mordida cruzada posterior en San Luis Potosí.

En un artículo denominado “Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales como factor etiológico de maloclusiones en niños, niñas y adolescentes en tres comunidades indígenas Panare en Maniapure, Edo. Bolívar” realizado por Esis Villarroel I y cols. evaluaron la prevalencia de hábitos no funcionales como factor etiológico de maloclusiones en tres comunidades indígenas, las cuales son: Bizcochuelo, Macanilla y Corozal, comprendiendo un grupo poblacional de 2 a 18 años de edad. Durante tres días se realizaron el levantamiento de los datos, del 27 al 30 de enero del año 2013. Durante la examinación observaron que las características propias de la raza son muy parecidas entre una comunidad y otra con pequeñas diferencias. Obteniendo como resultado que en el sexo femenino se da con mayor frecuencia las maloclusiones relacionadas a la presencia de hábitos parafuncionales. El hábito de mayor prevalencia fue la succión labial, seguida de la deglución atípica y el de menor frecuencia la interposición lingual. En cuanto al plano transversal y al plano vertical, los dos presentan una normo-oclusión frecuentemente; en el primero se presentan mordidas cruzadas anteriores y en segundo se observan mordidas abiertas anteriores, seguida de mordidas profundas anteriores con menor frecuencia.

5. HIPÓTESIS

El presente estudio es de tipo descriptivo, por lo cual, no requirió de hipótesis

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cualitativo.

Diseño del estudio: Descriptivo, transversal⁽¹⁶⁾.

Nivel de investigación: Descriptivo.

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De campo.
- **Por la técnica:** Observacional.
- **Por la temporalidad:** Transversal actual.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fue de 650 escolares de 6 a 12 años de edad cumplidos hasta el 30 de junio de 2018 pertenecientes a la etnia Kichwa Saraguro⁽¹⁶⁾. Mediante la utilización del OPEN EPI se obtuvo un tamaño muestral de 242, sin embargo, para este estudio se amplió a un tamaño por conveniencia a un total de 247 muestras.

2.1. Criterios de selección:

Para la formalización de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

2.1.a.- Criterios de inclusión

- Escolares que estén matriculados en los 4 centros educativos del cantón Saraguro.
- Escolares de 6 a 12 años de edad cumplidos hasta el 30 de junio de 2018
- Escolares que pertenezcan a la etnia Kichwa Saraguro.
- Escolares cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado y con su respectivo asentimiento para participar en el estudio.

2.1.b.- Criterios de exclusión

- Escolares que hayan tenido o estén con tratamiento de ortodoncia
- Escolares con discapacidades psicológicas.
- Escolares que no cooperen al momento del examen.

2.2. Tipo de muestreo

La muestra proviene de una población de 650 escolares matriculados en cuatro centros educativos pertenecientes a la etnia Kichwa Saraguro, para la cual se aplicó la fórmula de muestreo descriptivo para proporciones, logrando un total de 242 unidades de estudio como tamaño mínimo, se detalla el cálculo a continuación:

2.3. Tamaño de la muestra

Se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error de 5%. Se utilizó el programa OPEN EPI de acceso libre. (ANEXO 1)

Formula:

$$n = \frac{Z^2 * P * (1-P) * N}{Z^2 * P * (1-P) + E^2 * (N-1)}$$

N = Total de la población 650 escolares

Z = 1,96 constante para el 95% de confiabilidad

P = 0,5 probabilidad que se dé el evento esperado

1-P = 0,5

E = proporción esperada; si el error es 5% = (0,05)²

Reemplazo de la fórmula:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5(1-0,5) * 650}{1,96^2 * 0,5 * (1-0,5) + (0,05)^2 * (650-1)}$$

$$n = 242$$

Se estratificaron proporcionalmente las 242 muestras de acuerdo a la proporción de escolares de 6 a 12 años de edad que tuvo cada centro educativo.

Se obtuvo un tamaño muestral de 242, sin embargo, para este estudio se amplió a un tamaño por conveniencia a un total de 247 muestras.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES⁽¹⁷⁾

VARIABLE (ROL)	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO	INSTRUMENTO
Prevalencia de hábitos parafuncionales	Proporción de personas con presencia actual de hábitos parafuncionales	Total de personas con presencia de hábitos parafuncionales	_____	Porcentaje	Cualitativo Nominal	Nominal	Presente Ausente	Ficha de observación del mapa epidemiológico craneofacial y salud bucodental
Frecuencia del tipo de hábito parafuncional	Cantidad de veces que se repite la misma acción o práctica del hábito	Número de veces que se repite la presencia de un mismo hábito	Respiración oral Deglución atípica Succión digital Onicofagia Queilofagia	Porcentaje	Cualitativo Nominal	Nominal	Si No	Ficha de observación del mapa epidemiológico craneofacial y salud bucodental
Frecuencia de acuerdo al sexo	Rasgos biológicos sexuales de un individuo.	Información proporcionada de la clínica.	_____	Porcentaje	Cualitativo Nominal	Nominal	Masculino Femenino	Ficha de observación del mapa epidemiológico craneofacial y salud bucodental
Frecuencia de acuerdo a la edad	Años de vida de un individuo.	Mediante el registro facilitado por las instituciones educativas se logró confirmar la edad de los escolares.	_____	Porcentaje	Cuantitativo Continua	Continua	Grupo etario 6 a 9 años 10 a 12 años	Ficha de observación del mapa epidemiológico craneofacial y salud bucodental

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.1. Instrumentos documentales:

Se utilizó una ficha de recolección de información digital, en el programa de libre acceso EPI INFO versión 7.2; para registrar los datos que constan en las fichas epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca (ANEXO 2), que constan de 9 partes, la primera consta de datos generales del paciente, la segunda de datos de prevalencia de maloclusión, la tercera de biotipo facial, la cuarta del índice estético dental, la quinta del índice de higiene oral simplificado, la sexta de código PUFA y CPOD, la séptima del índice DEAN, la octava de prevalencia de hábitos parafuncionales y la novena de índice de hipomineralización incisivo-molar.

4.2. Instrumentos mecánicos:

Para la toma de datos se utilizó un set de diagnóstico, el mismo que estuvo compuesto por un espejo dental, explorador y una pinza algodонера, espejos intraorales, un fronto luz de iluminación led de marca ECOLED e instrumentos de bioseguridad como un mandil, gorro, guantes y mascarillas.

4.3. Materiales

Para el presente estudio solo se utilizaron materiales de escritorio como un tablero, un marcador borrable de punta fina y un esferográfico

4.4. Recursos

Respecto a los recursos institucionales se coordinó con las autoridades de la Universidad Católica de Cuenca, con la Dirección de la Carrera de Odontología, con la Dirección de investigación de la Carrera de Odontología y con la Unidad de titulación. Además de ello se obtuvo la autorización de la Dirección Distrital Intercultural Bilingüe 11D08 Saraguro - Educación (ANEXO 3) y de la Coordinadora Circuital como también el permiso de los Rectores Institucionales (Unidad Educativa Saraguro, San Francisco, Inca Samana y la Unidad Educativa Inti Raimy). En cuanto a los recursos humanos, se realizó el levantamiento de datos con la ayuda de otros examinadores y con la guía y supervisión de tutores, y respecto a los recursos financieros fueron autofinanciados.

5. PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación espacial.

El pueblo de Saraguro es un pueblo indígena que se encuentra ubicado al sur del Ecuador, al noreste de la provincia de Loja. La población de Saraguro está asentada en la región andina y se extiende hasta la provincia de Zamora Chinchipe perteneciente a la región Amazónica. El mayor núcleo central es la zona Saraguro, cuenta con una población de 28.029 mil habitantes. Su idioma es bilingüe, debido a que dominan el kichwa y el castellano, su clima es de templado a frío en la zona andina y cálida en las zonas bajas con una temperatura que va entre los 8 y 27 ° centígrados. La superficie de la cabecera cantonal de Saraguro es de 1.080 kilómetros cuadrados aproximadamente. Se caracterizan por su autenticidad en las comunidades indígenas, sus hermosas tierras y sobre todo por abrir la puerta de su cultura y tradición, para llevar a sus turistas a un mágico tiempo ancestral.

5.2. Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses de octubre y noviembre del año 2018, recolectando datos de fichas epidemiológicas que reflejan la situación epidemiológica del año en curso, dichas fichas fueron tomadas en el mes de mayo del 2018.

5.3. Procedimiento de la toma de datos

Calibración para la toma de datos: Para realizar el estudio, el examinador se calibró con los profesionales especialistas en el área de ortodoncia para la correcta recolección de datos de todas las variables del estudio. Durante 2 semanas por 4 horas cada 2 días a la semana. Seguido de esto el examinador fue evaluado por prueba de Kappa con una concordancia inter-observador de $k=0,80$.

La ficha para la recolección de datos fue estructurada por el tutor y la estudiante de la tesis y validada por la especialista del área de ortodoncia de la Universidad Católica de Cuenca.

5.3.a.- Método de examen bucal utilizado por los observadores

El examinador procedió a observar a cada escolar a través de un examen extraoral e intraoral. La revisión visual se realizó con la ayuda de espejos bucales, espejos intraorales y el fronto luz.

En la revisión extraoral se observó si existía la presencia de ojeras, incompetencia labial, labio superior hipotónico (aspecto de labio corto), labios agrietados y resecos, fosas nasales aplanadas o redondeadas y para identificar verdaderamente si el niño era respirador nasal o respirador bucal se procedió a colocar el espejo intraoral debajo de la nariz para ver si se empañaba el espejo y si no lo hacía era un respirador oral; mientras que en el examen intraoral se pudo observar si existía un paladar profundo y estrecho.

Extraoralmente también se observó si existía irritación de la piel alrededor del labio inferior a lo que se establecería como un hábito parafuncional de queilofagia. La presencia de callosidades o reblandecidos los dedos a lo que se establecería como hábito de succión digital y el desgaste o mordedura en las uñas lo que se establecería como un hábito parafuncional de onicofagia e intraoralmente se observó si existía el desgaste de uno o varios dientes por las constantes veces que se muerden las uñas.

Para identificar si el niño tenía deglución atípica, se realizó un examen intraoral donde se pidió al niño que pasara la saliva, pudiendo observar si al momento de deglutir la lengua se apoyaba en la cara posterior de los incisivos, si esto ocurría establecía que era un hábito parafuncional caso contrario no lo era.

A través de estos dos tipos de examinación se procede a identificar o determinar qué tipo de hábito parafuncional posee el niño o niña, inclusive pudiendo existir en el mismo paciente dos tipos de hábitos parafuncionales. Se utilizó la siguiente clasificación de hábitos parafuncionales: respiración bucal, queilofagia, succión digital, onicofagia y deglución atípica; registrando la presencia o ausencia de cada hábito parafuncional en la ficha. Siempre que terminé de examinar tanto extraoralmente como intraoralmente el examinador y el anotador corroboramos que las anotaciones hayan sido correctas.

5.3.b.- Criterios de registro de hallazgos

Cuando se realiza el examen, los datos se consignan en las casillas correspondientes, registrando con una **X** las características clínicas encontradas a nivel extraoral e intraoral, de acuerdo a ello, se registra con una **X** el tipo de hábito parafuncional que presenta el niño.

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Para realizar el análisis de los datos fue necesario crear la ficha epidemiológica craneofacial y salud bucodental de la Etnia Kichwa Saraguro en el EPI INFO versión 7.2, el mismo es un software estadístico para manejar datos en forma de cuestionario y para organizar los resultados en texto. Diseñado por el Centro del Control de Enfermedades de Atlanta, en el año de 1982. De especial utilidad para la salud pública, ya que nos permite obtener un sistema de vigilancia epidemiológica con muchos tipos de archivos y registros. Programa en el que se registró la información recopilada de cada escolar, para posteriormente obtener la base de datos en el Microsoft Excel, este programa fue elaborado en el año de 1985, obteniendo actualmente la última versión del año 2017. El Excel es una hoja de cálculo que nos permite trabajar con datos numéricos y analizarlos fácilmente, mediante la utilización de tablas dinámicas y herramientas de gráficos.

Se utilizó también el programa SPSS versión 21.0, el mismo es muy útil para realizar la captura y análisis de los datos, para crear tablas y gráficas con data compleja. Se caracteriza por tener la capacidad de gestionar grandes volúmenes de datos y análisis de texto entre otros formatos. Por ello, se utilizó dicho programa para la elaboración de tablas estadísticas, para una mejor comprensión de las variables de este estudio, donde se procedió a obtener la prevalencia de hábitos parafuncionales en escolares de 6 a 12 años de edad pertenecientes a la etnia Kichwa Saraguro, su frecuencia de acuerdo al sexo, el tipo de hábito que se da con mayor frecuencia y en qué grupo etario se presenta con mayor frecuencia los hábitos parafuncionales; además de ello, se realizó las pruebas de relación/independencia mediante el test de Chi-cuadrado con un valor de significancia menor a $p=0,05$.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El análisis bioético de este estudio fue realizado en base a las normas del Comité Ético de la Universidad Católica de Cuenca. Por ello, se procedió a elaborar y posteriormente a validar los consentimientos (ANEXO 4) y asentimientos (ANEXO 5).

Se solicitó a los representantes o tutores de los escolares informar quienes voluntariamente deseaban participar en el estudio al firmar el consentimiento informado como también obtener la firma del asentimiento por parte del niño, posterior a ello se procedió a verificar sus firmas y por consiguiente la examinación clínica de cada participante. Cabe mencionar que al culminar la examinación a cada escolar se entregó

una hoja de diagnóstico, mediante la cual se determinó el estado de salud bucal del escolar y plan de tratamiento en caso que lo requiera. (ANEXO 6)

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Tabla 1 Distribución de la muestra de acuerdo al sexo

	n	%
FEMENINO	126	51.01%
MASCULINO	121	48.99%
TOTAL	247	100%

Interpretación: Se puede evidenciar que existe una cantidad similar de pacientes tanto en el sexo masculino como femenino.

Tabla 2 Prevalencia de hábitos parafuncionales

HÁBITOS PARAFUNCIONALES		
	n	%
NO	132	53.4%
SI	115	46.6%
TOTAL	247	100%

Interpretación: Se observó una prevalencia de hábitos parafuncionales del 46.6% de los escolares de 6 a 12 años de edad.

Tabla 3 Frecuencia de hábitos parafuncionales de acuerdo al sexo

	AUSENCIA		PRESENCIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	73	57.9%	53	42.1%	126	100%
MASCULINO	59	48.8%	62	51.2%	121	100%
TOTAL	132	53.4%	115	46.6%	247	100%

Chi²= 2.089
P= 0.148

Interpretación: De acuerdo a la prueba estadística de Chi², se establece que no existe relación significativa entre los hábitos parafuncionales y el sexo.

Tabla 4 Frecuencia de los tipos de hábitos parafuncionales

	NO PRESENTA		PRESENTAN		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
DEGLUCIÓN ATÍPICA	186	75.3%	61	24.7%	247	100%
ONICOFAGIA	241	97.6%	6	2.4%	247	100%
RESPIRACIÓN BUCAL	242	98.0%	5	2.0%	247	100%
QUEILOFAGIA	244	98.8%	3	1.2%	247	100%

Interpretación: Se demuestra que el hábito de mayor frecuencia fue la deglución atípica con el 24.7%.

Tabla 5 Distribución de escolares con hábitos parafuncionales de acuerdo a la edad

	SIN HÁBITO		CON HÁBITO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
DE 6 A 9 AÑOS	78	57.4%	58	42.6%	136	100%
DE 10 A 12 AÑOS	54	48.6%	57	51.4%	111	100%
TOTAL	132	53,4%	115	46.6%	247	100%

Interpretación: Mediante esta distribución por edades, se puede observar que presentó una mayor prevalencia de hábitos parafuncionales en los escolares de 10 a 12 años de edad.

2. DISCUSIÓN:

Los hábitos parafuncionales o perjudiciales se dan por diversos factores causando alteraciones en el sistema estomatognático, es decir, interfiere en el correcto desarrollo de los arcos dentarios y en el crecimiento de los maxilares. En la actualidad no se reportan estudios relacionados de hábitos parafuncionales en la Etnia Kichwa Saraguro en escolares de 6 a 12 años de edad, por ello se revisó estudios relacionados a esta patología y me permito comparar con estudios que no corresponden a investigaciones en etnias.

El total de la muestra estuvo comprendida por 247 escolares de 6 a 12 años de edad de la etnia Kichwa Saraguro de 4 centros educativos del cantón Saraguro de la Provincia de Loja, que presentan un 46,6% de prevalencia de hábitos parafuncionales.

Estudios con prevalencias similares son los de Bosnjak y cols.⁽¹⁸⁾ en el año 2002 con un total de 1025 sujetos y Montiel⁽¹⁹⁾ en el año 2013 con un total de 135 sujetos, ambos estudios en edades comprendidas entre 6 y 12 años de edad, reportando una prevalencia del 33,37% y el 48% respectivamente, resultados muy cercanos a éste estudio.

De acuerdo a una revisión bibliográfica realizada en el año 2018 por Iraola y cols.⁽¹⁵⁾ a nivel de América Latina y el Caribe; en relación a los estudios de Blanco y cols.⁽²⁰⁾ en Cuba obtuvieron una prevalencia del 78,18%, seguidas de Murrieta Pruneda y cols.⁽²¹⁾ en México con una prevalencia del 68,2%, de Chamorro y cols.⁽¹⁾ en Colombia con el 67% y según Carrillo y cols.⁽²²⁾ en Venezuela y Ecuador con el 56% y el 52,6% respectivamente, todos estos estudios respaldan la poca prevalencia de hábitos parafuncionales en el Ecuador. Difiere de esta investigación los resultados encontrados de Mendoza y cols.⁽⁶⁾ en el año 2014, mostrando una prevalencia de hábitos parafuncionales del 96,6%, estas disimilitudes pueden darse debido a que realizaron encuestas tanto a los padres de familia como a los niños en edades comprendidas desde 2 y 15 años.

Con respecto a la asociación de los hábitos parafuncionales con el sexo no se encontró relación significativa entre el sexo masculino y femenino. Similar a este estudio tenemos los realizados por Mendoza⁽⁶⁾ y Montiel⁽¹⁹⁾, los cuales muestran una relación no significativa en cuanto al sexo en edades comprendidas entre los 6 y 12 años de edad. Difiere de esta investigación los resultados de Reyes y cols.⁽⁷⁾ en el año 2014 con un total de 86 sujetos y de Blanco y cols.⁽²⁰⁾ en el año 2015 con un total de 133 sujetos, mostrando mayor frecuencia en el sexo femenino con el 36% y el 78,18% respectivamente, estas

disimilitudes pueden estar relacionadas, a que la población de dichos estudios fue menor a la de esta investigación y se llevó a cabo en edades comprendidas entre los 5 y 11 años de edad.

En relación al hábito de mayor frecuencia, está la deglución atípica con el 24,7% de los 4 tipos de hábitos examinados en la etnia Kichwa Saraguro, resultados similares a los de Álvarez y cols.⁽²³⁾ en el año 2006 con 506 sujetos de estudio, de Espinoza⁽²⁴⁾ en el año 2016 con 1006 sujetos de estudio, de Lee Garcés y cols.⁽²⁵⁾ en el año 2015 con 43 sujetos de estudio, de Chamorro y cols.⁽¹⁾ en el año 2016 con 206 sujetos de estudio y de Mendoza⁽⁶⁾, mostrando una mayor frecuencia de la deglución atípica desde un 19.48% hasta un 66.2%, valores similares a los de esta investigación, esto puede ser debido a que existen periodos cortos de lactancia materna. Difiere de esta investigación los resultados encontrados de Montiel⁽¹⁹⁾ y de Carrillo y cols.⁽²²⁾ en el año 2014 con 110 sujetos de estudio, mostrando una mayor frecuencia en la onicofagia con el 34% y el 58% respectivamente en edades comprendidas entre los 6 y 12 años de edad; y de Reyes y cols.⁽⁷⁾ con una mayor frecuencia de la succión digital con el 37,2% en edades comprendidas entre los 5 y 11 años, debido a que fueron realizados en poblaciones urbanas y es distinta la realidad social.

Se presentó con mayor frecuencia la presencia de hábitos parafuncionales en el grupo etario de 10 a 12 años de edad con el 51,4%. Similar a este estudio encontramos el de Espinoza⁽²⁴⁾ con el 55,77% y de Arias y cols.⁽²⁶⁾ en el año 2017 con 598 sujetos, a través de un estudio de comparación entre dos ciudades con el mismo tamaño de la muestra, mostraron una mayor frecuencia en este grupo etario. Debido a que en esta edad existe presión escolar y ansiedad por enfrentar situaciones estresantes. Difiere de esta investigación los resultados encontrados de Chamorro⁽¹⁾ y de Lee Garcés⁽²⁵⁾, mostrando una mayor frecuencia en el grupo etario de 8 a 10 años con el 20% y de 9 a 10 años con el 46,5% respectivamente. Debido a que en estos grupos de población se consideraron a todos quienes tenían algún tipo de hábito parafuncional.

La Etnia Kichwa Saraguro presenta un bajo porcentaje de hábitos parafuncionales, esto se debe a varias razones, entre ellas podemos mencionar que existe una íntima relación entre la madre y el hijo, lo mamá lo carga en su espalda y el niño siente ese abrigo y protección que necesita, una lactancia materna hasta los 2 años de edad que ayuda al niño a desarrollarse saludablemente evitando traer consigo patologías tanto a nivel del sistema estomatognático o en el resto del organismo, ya que la lactancia materna brinda

varios beneficios al recién nacido ayudando a estimular el desarrollo del sistema inmunológico e interviniendo en el crecimiento del complejo cráneo facial como también en la formación de los patrones de respiración⁽¹¹⁾.

Un estudio realizado por Morales y cols. indican que mientras menor sea el tiempo de amamantamiento (menor de 6 meses) hay mayores probabilidades de que existan hábitos parafuncionales, así como también los niños que realizan este acto durante cortos períodos o niños que nunca recibieron lactancia materna.

Cabe mencionar también que es primordial que los hábitos parafuncionales se traten a tiempo y de esta manera evitar daños en el desarrollo y crecimiento de las estructuras dentomaxilares; así como también cuidar la parte psicológica del niño para evitar que puedan refugiarse en algún tipo de hábito no funcional por problemas en el entorno familiar o escolar.

Por ello, el deber y la responsabilidad del profesional del campo odontológico es diagnosticar a tiempo el tipo de hábito y tomar las debidas medidas para llevar a cabo un tratamiento satisfactorio para el paciente.

3. CONCLUSIONES:

Se determinó que la prevalencia de hábitos parafuncionales en la etnia Kichwa Saraguro fue de 46,6%.

Se estableció que a través de la prueba estadística de Chi² ($p= 0,148$) no existe relación significativa entre los hábitos parafuncionales y el sexo

Se identificó que el hábito parafuncional de mayor prevalencia fue la deglución atípica con el 24,7% y los que se presentaron con menor frecuencia fueron la onicofagia con el 2,4%, la respiración bucal con el 2,0% y la queilofagia con el 1,2%

Se conoció que en el grupo etario de 10 a 12 años de edad presentó una mayor frecuencia de hábitos parafuncionales con el 51,4%

IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Chamorro AF, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. CES Odontol [Internet]. 2016;29(2):1–11. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5759180.pdf>
2. Soto L, Calero J. Caracterización de hábitos orales en una muestra poblacional de Santiago de Cali, Colombia entre los años 2005 y 2012. Gastrohup [Internet]. 2013;15(2):8–12. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/317148179%0D>
3. Espinoza I. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años atendidos en la línea docente UPC en el año 2011-2014. Odontol Pediatr [Internet]. 2016;15. Available from: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/621663?locale=es&language=es&locale-attribute=es>
4. Ocampo A, Alvarez M, García N. Hábitos orales perniciosos : revisión de literatura. Rev Nac Odontol [Internet]. 2013;9 pag:91–100. Available from: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/435/436>
5. Reni Muller K, Piñeiro S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014;25(2):380–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014700501>
6. Oropeza LM, Meléndez Ocampo AF, Sánchez RO, López AF. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev Mex Ortod [Internet]. Elsevier; 2014;2(4):220–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2395921516300381>
7. Reyes D, Torres I, Quesada L, Milá M. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años Deforming oral habits in 5-11 years children. Medisan. 2014;18(5):606–12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003
8. Podadera F. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años Mouth breathing repercussion in the stomatognathic system of. Ciencias Médicas. 2013;17(4):126–37. Available from:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400014
9. Silva G, Bulnes R, Rodríguez LV. Prevalencia de hábito de respiración oral como factor etiológico de maloclusión en escolares del Centro, Tabasco. *Rev ADM* [Internet]. 2014;71(6):285–9. Available from: <https://www.medigraphic.com/adm>
 10. Blanco V, Oscar R. Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones [Internet]. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia*. 2013. p. 1–9. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-16/>
 11. Morales-Chávez MC, Stabile-Del Vechio RM. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal. *Univ Odontol* [Internet]. 2015;33(71):161. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231242326016>
 12. Flórez Tapias MÁ, Grillo Santander JS, Reyes Serrano CA. Manejo del hábito de succión digital en niños de 2 a 15 años. *Universidad St Tomás* [Internet]. 2016;2–56. Available from: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/1644>
 13. Cisneros Domínguez G, Falcón Llanes E, Padilla Gómez ER, Blanco Marrades J. Hipnoterapia en niños de 7-12 años con succión digital. *Rev. Medisan* 2015;19(5):609–18. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500006
 14. Ojeda C, Espinoza A, Biotti J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. *Rev Clin Periodoncia Implant Rehab Oral* [Internet]. 2014;7(1):37–42. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000100009
 15. Parra Iraola SS, Zambrano Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares : Revisión Sistemática. 2018;12(2):188–93. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000200188
 16. Villavicencio Caparó E. El Tamaño Muestral Para La Tesis. ¿Cuántas Personas Debo Encuestar? *Odontol Act Rev Científica* [Internet]. 2018;2(1):59. Available from: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175>

17. Villavicencio Caparó E, Torracchi Carrasco E, Pariona Minaya MC, Alvear Córdova MC. ¿ Cómo plantear las variables de una investigación ? : Operacionalización de las variables. 2019;4(1):9–14. Available from: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/289/500>
18. Bosnjak A, Vucicevic Boras V, Miletic I, Bozic D, Vukelja M. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. J Oral Rehabil [Internet]. 2002;29:902–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2842.2002.00925.x>
19. Montiel Jaime ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista de la Asociación Dental Mexicana [Internet]. Ciudad Neza- hualcóyotl, Edo. de México.; 2013;6:209–14. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046c.pdf>
20. Núñez Blanco ME, González Areu O, González Núñez Y, Madam Ofarril M. Determinar los hábitos bucales deformantes en estudiantes de la Escuela Primaria “Raúl Gómez”, municipio Güines. Rev Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2015;21(2):164–74. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=61798>
21. Salamanca Torres R, Murrieta-Pruneda JF. Frecuencia de alteraciones en la oclusión en dentición primaria y su asociación con algunos hábitos bucales parafuncionales en un Jardín de niños del Estado de México. Rev Científica Odontológica. 2015;11(2):8–15. Available from: <https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/313>
22. Carrillo Valencia MI, Tello G, Navarrete Angulo NE. Relación de la succión no nutritiva con la maloclusión en niños ecuatorianos. Odontol (Habana) [Internet]. 2016;18(1):13–9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5597618>
23. Álvarez MC, Pérez A, Martínez I, Garcia M, Suárez R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años . Rev Méd Electrón [Internet]. 2006;36(4):396–407. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000400002&script=sci_arttext&lng=en

24. Espinoza Calle I, Casas Apayco L, Campos K. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. *Odontol Pediátrica* [Internet]. 2016;15. Available from: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v15n2/a5.pdf>
25. Lee Garcés Y, Lee Garcés Y, Ballart Ramos A, Rodríguez JS, Guerrero Silva I. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 6 a 12 años de edad. *Rev Inf Cient* . 2015 ;94(6): 1332-43. Available from: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/182>
26. Arias A, Espinal G, Ponce M, Posada A, Nava J, Salcedo B. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años. *Rev Nac Odontol* [Internet]. 2017;13(26). Available from: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1814/2298>
27. Ramos Montiel RR, Cabrera GE, Urgiles CD, Jara Centeno FE. Aspectos metodológicos de la investigación. *Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias*. 2018; 2(3):191-211. Available from: <https://scholar.google.es/citations?user=REsmpzUAAAAJ&hl=es&oi=ao>

ANEXOS

ANEXO 1

CÁLCULO DE LA MUESTRA MEDIANTE OPEN EPI

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población	
Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N)	650
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p)	50% +/- 5
Limites de confianza como % de 100(absolute +/- %)(d)	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF)	1
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	
Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	242
80%	132
90%	192
97%	274
99%	329
99.9%	407
99.99%	455
Ecuacion	
Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$	
Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor	
Imprimir desde el navegador con ctrl-P	
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa	



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA



ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) (6 –12 años) Aplica No aplica

	16V	11V	26V	36L	31V	46L	0= Sano 1= 1/3 cara examinada 2=2/3 cara examinada 3=3/3 cara examinada 9= ausente	
P.B								
Cálculo								

0= Sano 1= 1/3 cara examinada 2=2/3 cara examinada supragingival o vetas de cálculo subgingival 3=3/3 cara examinada supragingival o banda de cálculo subgingival 9= ausente	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ÍNDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL DE LA COMUNIDAD

	16V	11V	26V	36L	31V	46L
0 Sano						
1 Sangrado						
2 cálculo						
3 <5.5 mm						
4 > 5.5 mm						

CODIGO PUFA Y CPOD (6 –12 años) Aplica No aplica

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
PUFA			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
CPOD														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
PUFA			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
CPOD														

CPOD/cpod
0° Sano
1° Cariado
2° Obturado y con caries
3° Obturado
4° Perdido por caries
5° Perdido por otro motivo
6° Sellante presente
7° Corona o pilar de puente
8° Diente permanente sin erupcionar
9° No registrable

CODIGOS PUFA	
INDICADOR	SIGNIFICADO
P/p	Compromiso pulpar visible
U/u	Ulceración causada por fragmentos remanentes cortantes
F/f	Fistula
A/a	Absceso

Índice DEAN (6-12-15 años) Aplica No aplica

Dientes permanentes
0 = Normal
1 = Opacidad delimitada
2 = Opacidad difusa
3 = Hipoplasia
4 = Otros defectos
5 = Opacidad delimitada y difusa
6 = Opacidad delimitada e hipoplasia
7 = Opacidad difusa e hipoplasia
8 = Las tres alteraciones
9 = No registrado

	14	13	12	11	21	22	23	24	
(43)									(50)
(51)									(52)

FLUOROSIS DENTAL

0 = Normal	5 = Intensa
1 = Discuble	8 = Excluida
2 = Muy ligero	9 = No Registrada
3 = Ligero	(53) <input type="checkbox"/>
4 = Moderada	





UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA



PREVALENCIA DE HÁBITOS (6 - 12 años) Aplica No aplica

EXAMEN EXTRAORAL

Presenta ojeras	SI	NO		
Incompetencia labial	SI	NO		
El labio superior hipotónico (aspecto de labio corto)	SI	NO		
Labios agrietados y resecos	SI	NO		
Irritación de la piel alrededor del labio inferior	SI	NO		
Fosas nasales	Aplanadas		Redondeadas	
Presenta callosidades o reblandecidos los dedos	SI		NO	
Desgaste o mordeduras en las uñas	SI		NO	

EXAMEN INTRAORAL

Paladar profundo y estrecho	SI	NO		
Al momento de deglutir la lengua se apoya en la cara posterior de los incisivos	SI	NO		
Desgaste de uno o varios dientes	SI	NO		

HÁBITOS

Respiración bucal	SI	NO		
Deglución atípica	SI	NO		
Succión digital	SI	NO		
Queilofagia	SI	NO		
Onicofagia	SI	NO		
Narguño	SI	NO		

ÍNDICE DE HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR (6 a 16 años) Aplica No aplica

PRESENCIA DE ALTERACION CLINICA EN LA ESTRUCTURA DEL ESMALTE EN INCISIVOS Y PRIMEROS MOLARES PERMANENTES


Si	No
----	----

Grado de afectión según la clasificación de Machu-Muja y Wright (2006)

Leve: esmalte íntegro sin hipersensibilidad dental sin caries asociada al defecto de esmalte	
Moderada: opacidades delimitadas en tercio oclusal sin fractura postoperatoria del esmalte	
Severa: Fracturas de esmalte, sensibilidad dental, amplia destrucción por caries, compromiso pulpar, restauraciones atípicas defectuosas y afectación estética.	

ANEXO 3

PERMISO DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL INTERCULTURAL BILINGÜE
11D08 - SARAGURO - EDUCACIÓN



**Ministerio
de Educación**

**Dirección Distrital Intercultural Bilingüe
11D08 – Saraguro – Educación**

Of. N°. 0018-D-D-11D08-S-E
Saraguro, 01 de febrero de 2018

Od. Esp.
Santiago Reinoso
DIRECTOR DE CARRERA
Cuenca.-

Señores Director:

Por medio del presente reciba un cordial saludo y éxito en las labores a usted en comendas.



En atención a su oficio N/S, de fecha 11 de enero de 2018, en el cual usted manifiesta "... de parte de lo que conformamos la carrera de odontología de la Universidad Católica de Cuenca, [...] solicitamos a usted encarecidamente se nos autorice los permisos pertinentes para el acceso a las unidades educativas del Cantón Saraguro, de la provincia de Loja; el motivo del mismo es para realizar a cabo una investigación en la etnia Saraguro, en el cual solamente se realizará observaciones y medidas de la cara, cráneo, cavidad oral; para con ello obtener un diagnóstico de la forma de la cara, cráneo y estado de salud bucodental, información importante y necesaria para nuestro país, de la misma manera se realizará charlas de educación y prevención de la salud bucal y el estudiante que participe de la investigación se le entregará el diagnóstico por escrito del estado de su salud bucal", en el cual "solicita, permiso para el acceso a las Unidades Educativas del cantón Saraguro de la provincia de Loja, para llevar a cabo una investigación de la etnia Saraguro"; ante su petición me permito dar a conocer lo siguiente:

Que, de conformidad a lo establecido en la Constitución de la República, Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, *además de los específicos de su edad*. [...]; **a la salud integral y nutrición**; [...]; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten;... y el Art. 343 y 344 de la misma norma legal en concordancia con el literal e) del Art. 7 de la Ley Orgánica de Educación Intercultural; y a la vez la atención integral a los estudiantes en proceso de formación es un componente indispensable de la acción educativa.

Por las motivaciones y consideraciones expuestas, y con fundamento en lo establecido en los artículos 45, 343 y 344 de la Constitución de la República del Ecuador, considerando el orden jerárquico de la ley que señala la Norma Suprema de Nuestra Nación, existiendo el compromiso de quienes organizan llevar a cabo una investigación sean netamente de proponer en seguida un plan de acción contingente, considerando que: El Art. 11 del Código de la Niñez y Adolescencia establece El interés superior del niño.- El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privada, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento este Nivel Distrital AUTORIZA, el permiso correspondiente, siempre y cuando se coordine con las Administradoras Circuitales en cada Circuito Educativo, Directivo, Docente y Padres de familia en cada institución educativa y consulta a los propios estudiantes en cada institución educativa. Particular que dejo con usted, para fines de pertinentes.

Con sentimiento de consideración,

Atentamente,

Lic. Víctor Angel Morocho Andrade
DIRECTOR DEL DISTRITO 11D08 SARAGURO-EDUCACIÓN

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
(PARA SER LLENADO POR LOS PADRES)**

Institución: Universidad Católica de Cuenca

Tutor de la investigación: Od. Esp. Magaly Jiménez.

Título: Mapa epidemiológico de características morfológicas y salud bucodental en la etnia Kichwa Saraguro de la parroquia Saraguro del Cantón y la Provincia de Loja.

Propósito del estudio

Estamos invitando a su hijo (a) a participar de este estudio con el fin de evaluar su salud bucal general, para obtener el diagnóstico respectivo individual y poder proporcionar opciones de tratamiento.

Procedimiento:

Si usted autoriza que su hijo (a) participe en el estudio se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una revisión de la cara y boca de su hijo.
2. Se llenará una ficha individual por cada niño, incluyendo todas las áreas a evaluar.
3. Se determinará el diagnóstico y tratamiento individual de cada niño.

Riesgos:

No existirán riesgos para su hijo (a) por participar en este estudio, debido a que no se le realizará ningún tipo de tratamiento.

Beneficios:

No existen beneficios económicos; sin embargo, su hijo (a) recibirá una charla de salud bucal y consejería en prevención de enfermedades bucales que se realizarán en el centro educativo. De igual forma recibirá información acerca de los tratamientos que se pueden realizar dependiendo del diagnóstico obtenido.

Costos e incentivos:

El estudio es totalmente gratuito.

Confidencialidad:

Nosotros garantizamos la confidencialidad de la información de su hijo (a). Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de la persona que participe en este estudio. Los archivos de este estudio no serán mostrados a ninguna persona sin su consentimiento.

Derechos del Paciente:

Si usted decide que su hijo (a) participe en este estudio, podrá retirarse en cualquier momento, o no participar en alguna parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Universidad Católica de Cuenca, Unidad Académica de Salud y Bienestar. Carrera de Odontología al teléfono 2821897. Ext. 2510.

AUTORIZACIÓN: MEDIANTE LA PRESENTE CON MI FIRMA DOY EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO(A) EN ESTE ESTUDIO.

Padre o Apoderado
Nombre:
C.I:

Nombre del(a) Escolar

Tutor de la Investigación
Dra. Esp. Magaly Jiménez

ANEXO 5

ASENTIMIENTO



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título: Mapa epidemiológico de características morfológicas y salud bucodental en la etnia Saraguro de la Provincia de Loja.

Propósito del estudio

Te estamos invitando a participar de este estudio con el fin de evaluar tu salud bucal general, para obtener el diagnóstico respectivo individual.

Hola, mi nombre es Od. Esp. Magaly Jiménez y trabajo en la Universidad Católica de Cuenca. Actualmente mis estudiantes están realizando un estudio para conocer acerca de la salud bucal general del lugar donde vives y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en permitirnos hacerte una revisión de tu boca y de tu cara; con ello llenaremos una ficha diagnóstica individual para ver tus características morfológicas y salud bucodental

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y de ser necesario tus padres. La publicación de los datos se hará respetando el anonimato, es decir, tu nombre no se mencionará.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice "sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de _____

ANEXO 6

INFORME DE SALUD BUCAL



INFORME DE SALUD BUCAL

Señor padre de familia, la presente es para agradecer su colaboración con nuestro proyecto y a la vez informarle sobre el estado de la salud bucal niño/a.

Nombre: Edad:

El niño/a presenta:

Dientes:

.....
.....
.....
.....

Encías:

.....
.....

Biotipo y Necesidad de tratamiento ortodóntico:

.....
.....

Hábitos

por Martha Lazo

Od. Magaly Jiménez R.
E&P. EN ORTODONCIA
MSP. Libro 3 Folio 266 No 766



Fecha de entrega: 04-feb-2019 09:39a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1072800306

Nombre del archivo: INTRODUCCI_N-MARCO_TEORICO_PASAR_PLAGIO.docx (64.35K)

Total de palabras: 4240

Total de caracteres: 23427

Hábitos

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE
INTERNET

4%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

4%

★ www.ortodoncia.ws

Fuente de Internet

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

Od. Magaly Jiménez R.
ESP. EN ORTODONCIA
MSP. Libro 3 Folio 266 No 766

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL

Yo Martha Gabriela Lazo Noula En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "Hábitos parafuncionales en escolaridad de 6 a 12 años de edad de la etnia Kichwa Saraguro del Cantón Saraguro, Loja - Ecuador, 2018." de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 07 de marzo 2019

F: 
de cédula