



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
Y BIENESTAR**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**HÁBITOS BUCALES EN ESCOLARES DE 6-12 AÑOS, DE LA ETNIA
KICHWA SARAGURO DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DE LA PROVINCIA
LOJA-ECUADOR 2018**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTOR: Granados García, Kelly Yolany

DIRECTOR: Jiménez Romero, Magaly Noemí Od. Esp.

CUENCA

2019

DECLARACIÓN:

Yo, Granados García, Kelly Yolany, 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.

.....

Autor/a: Granados García, Kelly Yolany

C.I.: 0151855319

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado **“HÁBITOS BUCALES EN ESCOLARES DE 6-12 AÑOS, DE LA ETNIA KICHWA SARAGURO DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DE LA PROVINCIA LOJA-ECUADOR 2018”**, realizado por **GRANADOS GARCÍA, KELLY YOLANY**, 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, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Abril 2019

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN CARRERA ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“HÁBITOS BUCALES EN ESCOLARES DE 6-12 AÑOS, DE LA ETNIA KICHWA SARAGURO DE LA PARROQUIA SAN LUCAS DE LA PROVINCIA LOJA-ECUADOR 2018”**, realizado por **GRANADOS GARCÍA, KELLY YOLANY**, 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, Abril 2019

.....

Jiménez Romero, Magaly Noemí Od. Esp.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a **Dios** que me ha brindado la vida, la salud y la sabiduría para llegar hasta aquí, ya que de otra manera esto no hubiera sido posible.

A mi madre **Yenny Yolima García Serrato**, y a mi padre **Jesús Antonio Granados Sáenz**, por ser mi ejemplo, mi pilar y mi fuerza, por formarme para ser la persona que hoy puedo ser y llenarlos de orgullo, por darme la oportunidad de soñar y cumplir este gran sueño.

A mi hermana **Leidy Julieth Granados García**, por ser mi aliada, mi consejera, por su amor incondicional y permanecer a mi lado en cada momento de mi vida, aún en los más difíciles.

EPÍGRAFE

El señor cumplió en mí su propósito.
Tu gran amor, Señor perdura para siempre;
No abandones la obra de tus manos.

Salmos 138:8

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento a Dios por su gran amor, bondad, por llenar de bendiciones y prosperidad mi familia, porque me permitió luchar esta batalla, pero el triunfo, la honra, y la gloria es para él, para engrandecer su nombre, porque sin ninguna posibilidad y probabilidad hoy ha hecho realidad este gran sueño y anhelo de mi corazón.

A mi tutora la Od. Magaly Noemí Jiménez por apoyarme y guiarme en este proyecto, por el tiempo y dedicación puestos en mí para que este trabajo fuera un éxito, a todos los doctores y personal de la Universidad Católica de Cuenca por su paciencia y su formación a lo largo de esta carrera haciendo de mí una persona y una profesional más humana con ética y valores.

A mi prima Michelle Julieth Granados por estar siempre a mi lado en este largo camino con sus palabras de aliento.

A Cesar Cortes, por su amor incondicional y dedicación a mi familia.

A Karen Marcela Cortes Siervo, por estar en el momento más difícil de mi vida y sus oraciones.

A mis amigos y compañeros de la Universidad siendo un gran privilegio conocerlos, contar con ellos, y que de alguna u otra manera han aportado un granito de arena haciendo este gran trayecto más ameno.

A Nelson Oswaldo Capelo, a quien también debo agradecer su apoyo y compañía durante estos años.

A los escolares que colaboraron con este estudio.

A los profesores de las escuelas que apoyaron con gran entusiasmo.

A todas estas personas agradezco con el corazón por acogerme en sus vidas y hacerme sentir parte de ellos.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XII
ABSTRACT	XIII
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	4
4. MARCO TEÓRICO.....	5
4.1. HÁBITOS BUCALES.....	5
4.1.A. DEFINICIÓN.....	5
4.1.B. TIPOS DE HÁBITOS BUCALES.....	6
4.1.C. SUCCIÓN DIGITAL.....	6
4.1.D. QUEILOFAGIA.....	7
4.1.E. RESPIRACIÓN BUCAL.....	8
4.1.F. DEGLUCIÓN ATÍPICA.....	9
4.1.G. ONICOFAGIA.....	12
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
5. HIPÓTESIS	15
CAPÍTULO II	16
1. MARCO METODOLÓGICO	17
2. POBLACIÓN.....	17
2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN	17
2.1.a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	17
2.1.b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	18
2.2 TAMAÑO DE MUESTRA.....	18
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	20
4. INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	21

4.1. INSTRUMENTOS DOCUMENTALES	21
4.2. INSTRUMENTOS MECÁNICOS Y MATERIALES	21
4.2.a. MATERIALES	21
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS:	22
5.1. UBICACIÓN ESPACIAL	22
5.2. UBICACIÓN TEMPORAL	22
6. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	22
7. ASPECTOS BIOÉTICOS	24
CAPÍTULO III	25
1. RESULTADOS:	26
2. DISCUSIÓN	32
3. CONCLUSIÓN	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	41

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 2. Prevalencia de hábitos bucales.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 3. Prevalencia de hábitos bucales según edad.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 4. Prevalencia de hábitos bucales según sexo.....¡Error! Marcador no definido.

Tabla 5. Hábito que se presenta con mayor frecuencia.....¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de hábitos bucales en escolares de la etnia Kichwa Saraguro de la Parroquia San Lucas del Cantón Loja en el año 2018. **MATERIALES Y MÉTODOS:** se realizó un estudio de tipo observacional, transversal en un total de 365 niños de 6 a 12 años de la etnia Kichwa Saraguro, que fueron analizados por medio de una ficha clínica epidemiológica, todos con previo consentimiento y asentimiento informado. **RESULTADOS:** el total de niños con hábitos bucales tuvo una prevalencia de 43%. Al aplicar la prueba estadística del Chi^2 no se encontró asociación en la presencia de hábitos bucales con la edad y hábitos bucales con el sexo, con respecto al hábito más frecuente fue la deglución atípica con 24,5%. **CONCLUSIONES:** A través de este estudio se pudo deducir que existe una gran cantidad de escolares de la etnia Kichwa Saraguro que presentan algún tipo de hábito bucal el cual represento un 43% (n=157) de la muestra. El grupo etario según el Chi^2 p= 0,69, no presento asociación entre la presencia de hábitos bucales y la edad. De acuerdo al sexo según el Chi^2 p=0,22, no hay diferencia entre la presencia de estas conductas con el sexo. En el análisis de este estudio se observó que el hábito que más se presenta en los escolares de la etnia Kichwa Saraguro de la Parroquia San Lucas, fue deglución atípica con 24,5% (n=89), seguido por respiración bucal con 21,2% (n=77).

PALABRAS CLAVE: hábitos bucales, deglución atípica, respiración bucal, succión digital, queilofagia, onicofagia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence of oral habits in schoolchildren of the Kichwa Saraguro ethnic group of San Lucas Parish of Loja Canton in 2018.

MATERIALS AND METHODS: MATERIALS AND METHODS: an observational cross-sectional study was conducted in a total of 365 children from 6 to 12 years old of the Kichwa Saraguro ethnic group, who were analyzed by means of a clinical epidemiological record, all with prior informed consent and assent.

RESULTS: the total of children with oral habits had a prevalence of 43%. When applying the Chi² statistical test, no association was found in the presence of oral habits with age and oral habits with sex, with respect to the most frequent habit was atypical swallowing with 24.5%. **CONCLUSIONS:** Through this study it was possible to deduce that there is a large number of students of the Kichwa Saraguro ethnic group who present some type of oral habit which represented 43% (n = 157) of the sample. The age group according to Chi² p = 0.69 did not present an association between the presence of oral habits and age. According to sex according to Chi² p = 0.22, there is no difference between the presence of these behaviors with sex. In the analysis of this study it was observed that the habit that occurs most in schoolchildren of the Kichwa Saraguro ethnic group of San Lucas Parish, was atypical swallowing with 24.5% (n = 89), followed by mouth breathing with 21, 2% (n = 77).

KEY WORDS: oral habits, atypical swallowing, mouth breathing, digital suction, cheilophagy, onychophagia.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

Hasta el momento existen muchas investigaciones que se inclinan a conocer la prevalencia de hábitos bucales deformantes que provocan alteraciones en la dentición temprana, lo que nos ayuda para que se pueda profundizar en las causas de esta anomalía (1) (2).

Los niños en particular, son vulnerables a estos trastornos que se han denominado como hábitos bucales, debido a muchos factores ambientales, que suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención de los padres, tensiones en el entorno familiar, o inmadurez emocional (1) (3).

Estas conductas tienen su impacto en la odontología cuando tienen la capacidad de cambiar la disposición de las piezas dentales y por supuesto de las estructuras adyacentes, interfiriendo en el crecimiento y función normal del sistema estomatognático (2) (4).

Estudios anteriores se han realizado sobre este tema, queriendo demostrar la relación de los hábitos bucales con alteraciones dentomaxilares, por lo cual especialistas promotores de la salud, como odontopediatras, pediatras, u odontólogos generales tienen la obligación de detectar este tipo de patologías deformantes de manera temprana, y por ello esperamos que sea relevante y de gran importancia realizar este trabajo (2) (5).

Este estudio es para conocer el porcentaje de escolares con hábitos orales deformantes en la etnia Kichwa Saraguro para verificar si estos están influenciados por algunos factores como la edad y el sexo, y determinar el hábito más frecuente que se presenta en los escolares de 6 a 12 años del grupo étnico, con el afán de dar un aporte científico tanto a la población de Saraguro como a otras investigaciones en esta área de la odontología, permitiendo trabajar en los correctos programas preventivos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

la investigación abordará como problema la prevalencia de hábitos bucales en escolares de 6 a 12 años de la etnia kichwa saraguro, mediante esta investigación se desea determinar la presencia de estos hábitos deformantes enfocándonos en niños de edad escolar para contribuir a su detección prematura.

Es por eso que este trabajo responde a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuánto es la prevalencia de los hábitos bucales en niños de 6 a 12 años de la etnia Kichwa Saraguro en la Parroquia San Lucas, periodo 2018?

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

esta investigación se hizo con la intención de mostrar la prevalencia de los hábitos bucales y proporcionar información científica a diversos profesionales de la odontología e investigadores, para crear una odontología preventiva sobre todo en las zonas más vulnerables.

Tiene relevancia social ya que este tipo de investigación no se ha realizado antes en esta población permitiéndonos establecer la prevalencia de hábitos bucales, utilizando como muestra niños de 6 a 12 años de edad de la etnia Saraguro, Parroquia San Lucas.

Esta investigación tiene relevancia humana para motivar a la Universidad Católica de Cuenca para que realice actividades donde se dé información educativa a los padres de los niños con problemas de hábitos bucales, como a los encargados del área de salud de la población para que se tome conciencia y las medidas necesarias con respecto a la información recogida en la evaluación.

No se han realizado estudios anteriores en esta etnia por lo que cuenta con un nivel de originalidad local y regional.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la prevalencia de hábitos bucales en escolares de 6 a 12 años de edad, de la etnia Kichwa Saraguro.

3.2 OBJETIVO ESPECIFICO:

- Identificar los hábitos bucales en los escolares de la etnia Saraguro según la edad.
- Conocer la presencia de hábitos bucales en escolares de 6 a 12 años de la etnia Saraguro según sexo.
- Establecer el hábito de mayor frecuencia en los escolares de 6 a 12 años.

4. MARCO TEÓRICO.

ETNIA KICHWA SARAGURO

Los Saraguro son una etnia de indígenas milenarios que viven desde épocas prehispánicas en la Sierra del Ecuador, son de las pocas etnias que sobrevivieron a la colonización española gracias a su ubicación de difícil acceso, San Lucas es la única parroquia de la provincia de Loja que posee mayor cantidad de habitantes pertenecientes al pueblo Kichwa Saraguro, el 99% de esta población pertenece a este grupo étnico, es un pueblo que vive de la ganadería y agricultura su producción abastece de carne a los mercados locales y provinciales. Sus atuendos con prendas de color negro se deben al luto que llevan por la llegada de los conquistadores que mancillaron sus tierras, sus costumbres y su honra, sellando con la muerte de Atahualpa, la muerte de una raza.

4.1. HÁBITOS BUCALES.

4.1.A. DEFINICIÓN.

Un hábito se adquiere al repetir de manera constante la misma acción, la cual inicia voluntariamente y en determinado tiempo pasa a ser involuntaria, se representan dos formas de realizarlos, uno de ellas son las fisiológicos o normales como: respirar, hablar, masticar, y deglutir los alimentos. Las no funcionales o anormales como chuparse el dedo, respiración bucal, deglución atípica, queilofagia y onicofagia (2) (6).

Estas acciones repetidas que no cumplen una función fisiológica son una de las etiologías causantes de cambios dentoesceléticos, debido a que alteran el desarrollo normal del mismo, donde va a haber o no consecuencias dependiendo de la etapa donde se adquiere el hábito, así mientras más temprano se inicie, mayor será la alteración, ya que la estructura en crecimiento es más vulnerable;

el efecto en la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre estos, sino del tiempo de actuación del hábito. Esto quiere decir que, si la fuerza no actúa de forma constante un mínimo de seis horas diarias, no repercute sobre la dentición o hueso (2) (7).

Estudios anteriores como el realizado por Cid Montes de Oca demuestran que la disfunción familiar no solo ocasiona la aparición de hábitos bucales deformantes que pueden llegar a influir de forma negativa en la salud del niño, sino que pueden en un futuro exponer la vida del niño (7) (8).

4.1.B. TIPOS DE HÁBITOS BUCALES.

4.1.C. SUCCIÓN DIGITAL.

El hábito de succión digital es practicado por muchos niños, puede comenzar en la vida fetal en la semana 29 de gestación, es normal al principio de la vida en el recién nacido y durante los primeros meses, dejándolo a los 3 o 4 años de edad, cuando persiste puede ser una causa de maloclusión grave (9) (10).

Debemos recordar que la maloclusión que pueda desarrollarse con la succión digital depende de una cantidad de variables, como la posición del dedo, posición de la mandíbula, contracciones musculares, duración de la succión (9) (11).

Etiología.

Este hábito puede surgir por tensiones o conflictos emocionales, debido a la inseguridad, falta de atención, desplazamiento afectivo, frustración, aburrimiento o para suplantar la succión mamaria cuando es retirada bruscamente, entre otros trastornos de los que quiera escapar el niño (12).

Características clínicas.

La succión digital desencadena algunos tipos de maloclusión, como la mordida abierta anterior que es la más común, presentando una protrusión de los incisivos superiores y retro inclinación de los incisivos inferiores, sobre todo si el pulgar se sostiene contra el paladar, esto a nivel dental, por otro lado, a nivel esquelético puede presentar un piso nasal angosto y una bóveda palatina profunda, creando una mordida cruzada posterior, a nivel muscular observaremos un labio superior hipotónico (13).

Tratamiento.

Previo a cualquier tratamiento para el hábito se debe valorar algunos aspectos; como la edad, disposición del niño, cooperación de los padres, madurez del niño para desarrollar el periodo de adiestramiento, después de estas valoraciones el odontólogo podrá seguir con los procedimientos necesarios (14).

El problema se presenta realmente cuando el hábito supera los cuatro años de vida, por lo que el tratamiento deberá incluir una psicoterapia para poder identificar lo que conlleva a que el niño tome esta conducta trabajando en conjunto con el odontólogo para corregir el hábito (14).

Terapia de recordatorio:

Este tipo de terapia es adecuado en pacientes que quieran dejar el hábito, pero necesitan ayuda; se puede utilizar una banda adhesiva en el dedo o guantes, también se pueden incluir la aplicación de sustancias amargas o picantes

El uso de un aparato removible como Hawley con dispositivos de alambre en forma de rejilla intra oral (15).

4.1.D. QUEILOFAGIA.

Es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior (14).

Características clínicas.

Cuando el labio inferior es colocado repetidamente por debajo de los dientes superiores vamos a encontrar un labio inferior hipertónico, labio versión de los incisivos superiores con una mordida abierta, linguo versión de los incisivos inferiores, y en algunos casos podemos encontrar sobre mordidas excesivas (7) (15).

Tratamiento.

El tratamiento es sencillo si hay la colaboración del paciente para dejar de practicar el hábito, se puede incluir una mioterapia, en conjunto con una pantalla oral para el hábito, también está la opción de una placa tipo Hawley con Lip Bumper (16) (17).

4.1.E. RESPIRACIÓN BUCAL.

Respirar es un proceso innato y esencial, la respiración nasal que es la normal, en donde el proceso fisiológico de inhalar y exhalar se hace netamente por la nariz, manteniendo la boca cerrada. La respiración bucal es causada por obstrucción nasal, el niño se adapta para que de alguna manera similar lo normal.

Su detección y corrección depende de la oportuna intervención de un equipo multidisciplinario que comprende pediatra, otorrinolaringólogo, fonoaudiólogo, odontólogo, ortodoncista, médico ortopedista entre otras profesiones de la salud (18).

Etiología.

Es multifactorial, puede ir desde una obstrucción anatómica (hipertrofia de amígdalas, desviación del tabique nasal, pólipos, hipertrofia de cornetes), traumas nasales y rinitis alérgica (19) (20) (21).

Características clínicas.

La respiración bucal puede causar problemas orales y sistémicos a quienes la padecen (22) (23).

Este se presenta clínicamente con las siguientes características:

- a) Facie adenoides (23).
- b) Adelanto de maxilares, paladar ovalado, y desviación del tabique nasal por mal formación (24) (25).
- c) Xifosis (columna vertebral se curva en 45 grados o más.) provocando problemas de postura a nivel cervical, inclinando cuello y hombros hacia adelante y hundiendo el esternón (26) (27).
- d) Clase II (11).
- e) Inclínación vestibular de incisivos superiores (28).

Tratamiento.

El tratamiento inicial es la cirugía nasal para eliminar la obstrucción que no permite respirar adecuadamente (29).

La intervención del fonoaudiólogo es importante para que devuelva el tono muscular a nivel perioral con mioterapia (29).

La ortodoncia ayuda a corregir el mal hábito y le enseña al niño respirar por la nariz así como también corrige la mal posición dentaria (29).

4.1.F. DEGLUCIÓN ATÍPICA.

Deglución.

la deglución es una acción motora automática en la que actúa el sistema respiratorio y el digestivo, puede durar de 3 a 8 segundos. (29).

Comprende una fase preparatoria en la que forma el bolo alimenticio, una fase oral en la que el bolo es posicionado sobre la lengua, que se acoplará al paladar duro, iniciando un movimiento ondulatorio, para llevar el bolo al fondo de la boca. En este momento comienza una fase faríngea, en la que el paladar blando se cierra, evitando el pasaje del bolo para la nasofaringe. La pared posterior de la faringe avanza, comprimiendo el bolo contra el dorso de la lengua. La epiglotis cierra la glotis. Todas estas acciones son necesarias para que no haya pasaje del bolo para las vías respiratorias. En ese instante la faringe se elevará, para que el alimento pueda entrar en el esófago (29) (30).

Tipos de deglución

Deglución visceral o infantil: es la que existe desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años de edad, aunque puede llegar a extenderse hasta los 5 años de edad. En los recién nacidos la lengua es relativamente grande. La mandíbula se fija y se proyecta hacia delante, de tal forma que la lengua puede presionar el pezón de la madre contra la arcada dentaria superior durante el amamantamiento. La punta de la lengua se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial. Cuando estén en erupción los incisivos en el sexto mes de nacimiento, la lengua empieza a retroceder. (29)

Deglución atípica

Cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados, hablamos de deglución atípica o disfuncional. Ésta, llamada también interposición lingual, corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngea de la deglución, caracterizándose como una de las principales degluciones atípicas asociada a causas de las maloclusiones, según Moyers (29) (31).

Etiología.

- Amígdalas hipertróficas (32).

- Macroglosia (33).
- Alimentar por un largo periodo con el biberón (34).
- La ausencia temprana de las estructuras dentales anteriores temporales (34).

Características clínicas.

- En el sector anterior y posterior se pudiera encontrar una mordida abierta (35).
- Los incisivos superiores se van a dirigir hacia vestibular y es posible que durante su erupción se desplacen provocando diastema (36) (37).
- Labio superior hipotónico creando incompetencia labial (36) (37).

Tratamiento.

En primera instancia está la terapia miofuncional, en la que se realizan ejercicios para eliminar los patrones neuromusculares de este hábito devolviendo la función lengua (38).

Para corregir la posición de la lengua: se puede utilizar un caramelo de dulce, explicando cómo debe retenerlo con la parte anterior de la lengua contra el paladar, de esta manera la saliva fluye y el niño deberá deglutir sin interponer la lengua (39).

Frecuencia: esto se hará hasta que el caramelo se disuelva totalmente, y sirve para que el paciente re programe su lengua, músculos y puedan funcionar correctamente durante la deglución (40).

La aparatología ortodóntica que mediante "obstáculos" van a evitar que la deglución atípica siga alterando la oclusión:

- Restrictores, como rejillas o trampa lingual removible (40).
- Estimuladores, como pantalla vestibular, o perla de Tucat (40).

4.1.G. ONICOFAGIA.

Del griego onyx (uña) y phagein (comer), esta alteración consiste en morderse las uñas con los dientes, provocando lesiones en dedos, labios, ser un foco para que se propaguen infecciones, además de la alteración dental (41).

Etiología.

Este hábito se adquiere por situaciones como: ansiedad, falta de atención, nerviosismo, miedo, preocupación, etc.

Características clínicas.

- Mordida cruzada anterior unilateral (41).
- Desgaste de los incisivos (41).
- Callosidades y dedos reblandecidos (42).

Tratamiento.

La terapia de modificación de conducta ha sido utilizada ampliamente en el tratamiento de la onicofagia y es considerada la técnica más exitosa hasta el momento, si este por un problema de ansiedad (32). En esta terapia se utiliza sanciones y refuerzos positivos durante la intervención, el refuerzo positivo puede ser social y material, en el social se le permite al niño salir a jugar y en el material se utiliza recompensa como dinero o juguetes, las sanciones y multas consisten en realizar tareas domésticas como sacar la basura y no ver su caricatura favorita (43).

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Montiel M. En su investigación sobre la frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de 344 niños mexicanos de 6 a 12 años de edad en el 2004, describió que el 53% presentaron hábitos bucales en niños de 8 años y 50% maloclusiones, atribuyendo a la presencia de hábitos (6).

Aguilar M. En España su estudio denominado frecuencia de hábitos orales, factor etiológico de maloclusiones en población escolar 1220 niños de 6 a 12 años en el año 2009 presento un 49% en onicofagia (11).

Jiménez A. Torres M. Analizaron la relación entre lactancia materna exclusiva, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en 270 escolares de 6 a 11 años, en Cuba, en el año 2012, manifestando un porcentaje de 36% con mayor presencia en niños de 5 a 8 años (20).

Murrieta F. En su estudio "Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de 6 a 11, en Estado de México", se evaluaron 211 estudiantes, en el que encontró una prevalencia de 68,2% en presencia de estas conductas (21).

Cepero J. Quien realizo una intervención educativa en 280 escolares en edades comprendidas entre 6 y 12 años con hábitos bucales deformantes en Cuba, en el año 2007, se estableció la presencia 28.4% de estas prácticas (24).

Murrieta E. Evaluó hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes de 5 a 11 años atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A 2011, tuvieron 35% en el que el sexo femenino fue donde más se presentaron (34).

Chumi R. y Pinos N. En el año 2014, en su investigación denominada Prevalencia de hábitos orales, en niños de 3 a 9 años de edad, como consecuencia de la migración de los padres al extranjero, en la comunidad

Callazay, Parroquia Mariano Moreno del Cantón Gualaceo Provincia del Azuay– Ecuador, buscaron determinar la presencia de hábitos con 44,92% de resultados, asociándolos a la ausencia de sus padres (38).

Chamorro A. En su estudio en Colombia titulado: hábitos orales frecuentes en 209 pacientes del área de odontopediatría de 5 a 12 años de la Universidad del Valle, Rev Gastrohup 2017, donde quisieron evidenciar cual es el sexo donde predominan estas alteraciones teniendo como resultado que el sexo femenino es el predominante (41).

Molina I. En su tesis: “prevalencia de maloclusiones dentarias en relación con hábitos orales no fisiológicos en 257 escolares de 5 a 9 años de la Unidad Educativa Pastocalle de la Parroquia Pastocalle del Cantón Latacunga, en el periodo de junio a julio del 2017”. Quito, diciembre 2017, tuvieron como resultado que hubo mayor presencia de hábitos orales en niños de 6 a 8 años (42).

Carvajal J. Carvajal C. Escudero E. y Romero M. En una investigación en Bolivia, prevalencia de hábitos bucales y su relación con las mal oclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la Ciudad de Sucre, 2012, sus resultados fueron mayor presencia de deglución atípica 45% (43).

5. HIPÓTESIS

Este estudio por ser un estudio descriptivo no requiere hipótesis.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cuantitativo

Diseño: Descriptivo (44).

Nivel de Investigación: Observacional

Tipo de Investigación:

Por el ámbito: De campo

Por la técnica: Observacional

Por la temporalidad: Transversal Actual

2. POBLACIÓN

La población total de la comunidad de San Lucas en los rangos de edad de 6 a 12 años fue 644 niños en el 2018. El cual se calculó mediante la fórmula de muestreo, con un 95% de confiabilidad y 5% margen de error, donde se obtuvo un tamaño muestral de 241 niños, ampliando la muestra a 365.

2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se tomarán en cuenta los siguientes criterios para seleccionar la población a estudiar.

2.1.A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Escolares de sexo masculino y femenino de edad comprendida entre 6 y 12 años, que pertenezcan al grupo étnico indígena Saraguro, sus padres, y abuelos también deben estar agrupados en la etnia. Además de constar los consentimientos y asentimientos de parte de los padres para realizar la evaluación clínica. Matriculados en los 4 centros educativos de la Parroquia San Lucas.

2.1.B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños con tratamientos de ortodoncia activo o hayan recibido el tratamiento anteriormente.

Niños con presencia de alguna discapacidad física y/o mental.

Fichas que se encuentren mal realizadas o que presenten incoherencias.

2.2 TAMAÑO DE MUESTRA

Se calculó el tamaño muestral con el uso de la fórmula para proporciones, utilizando el programa OPEN EPI de acceso libre (45).

Fórmula:

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

n = Total de la población 644 escolares.

Z² = 1,96% constante para el 95% de confiabilidad.

P + 0,5% probabilidad de que se dé el evento esperado.

(1-P) = Es 1 – 0,5 = 0,5.

E² = Proporción esperada.

Reemplazo de la formula

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 (1 - 0,5) * 644}{1,96^2 * 0,5 (1 - 0,5) + (0,5)^2 * (644 - 1)}$$

$$n = 241$$

Obteniendo un tamaño muestral de 241 niños de 6 a 12 de edad de la Parroquia San Lucas, ampliando la muestra a 365 niños.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (46).

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADISTICO	ESCALA
HÁBITOS BUCALES	Conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático.	Observación del sistema dentomaxilofacial con alteración o anomalía, por causa de un hábito.	Respiración bucal. Succión digital. Queilofagia. Deglución atípica. Onicofagia.	Cualitativo	Nominal
SEXO	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie, característica genotípica de la persona.	Dato que se encuentra en la ficha epidemiológica.	Femenino. Masculino.	Cualitativo	Nominal
EDAD	Tiempo de vida de una persona.	Años registrados en la ficha clínica.	6 a 9 años de edad. 10 a 12 años de edad.	Cualitativo	Nominal

4. INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. INSTRUMENTOS DOCUMENTALES

Se utilizó una ficha observacional denominada Mapa Epidemiológico Craneofacial y Salud Bucodental en la Etnia Kichwa–Saraguro, la cual consta de 5 ítems, edad, sexo, examen extraoral, examen intraoral, tipo de habito bucal.

4.2. INSTRUMENTOS MECÁNICOS Y MATERIALES

4.2.A. MATERIALES

Materiales de Escritorio.

Copias.

Espejo intra orales y extra oral.

Fichas clínicas.

Esferos.

Bioseguridad.

- Protección física:

Guantes

Mascarilla

Uniforme

Gorro

- Protección química:

Alcohol

Desinfectante

Glutaraldehido

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS:

5.1. UBICACIÓN ESPACIAL

San Lucas está ubicado al norte de la provincia de Loja, a 45 km en la panamericana Loja-Cuenca, en el cantón y provincia de Loja. A pesar de su cercanía al cantón Saraguro, no pertenece a Saraguro, sino es de jurisdicción del cantón Loja.

5.2. UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizó en el periodo de marzo 2018 hasta febrero de 2019, recolectando datos de encuestas para expresar en resultados los hábitos bucales en escolares de 6 a 12 años.

6. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

La calibración de examinadores constó de una fase de preparación del entrenamiento de los mismos, a través de los docentes tutores responsables de cada tema a investigar. Para ello se desarrolló un curso-calibración que incluyó sesiones teóricas, prácticas y clínicas.

Los valores kappa de reproducibilidad interexaminador fueron del 0,08.

Para la toma de datos se necesitó previamente los consentimientos y asentimientos de los participantes. (Anexo 2 y 3)

Así como también todos los permisos de la dirección de educación zonal 12. (Anexo 4)

Esta evaluación se realizó con el fin de reflejar la situación de la salud buco dental de la población. Se solicitó autorización de los directivos del plantel para llevar a cabo el proyecto. (Anexo 5)

Se recolectaron los datos de la ficha epidemiológica. (Anexo 1), en las instalaciones de las escuelas, cada evaluador llenaba totalmente la ficha.

Valoramos clínicamente a 610 preescolares entre 6 y 12 años, de ambos sexos, del grupo etario, localizado en la provincia de Loja-Ecuador.

La detección de los diferentes hábitos bucales en los preescolares se realizó la valoración clínica del niño.

Al examen extra oral se observó:

- Ojeras.
- Labios para observar si hay incompetencia labial, si el cierre labial no es forzado, si el labio inferior se encontraba sin alteraciones en relación al superior, resacos o agrietados.
- Irritación de la piel cercana al labio inferior.
- La nariz, en la cual se observó:

La forma de las aletas nasales, ya sea que se encontraran redondeadas o aplanadas.

- Los dedos, para comprobar la limpieza, la presencia de callosidades o reblandecidos.
- Las uñas, para verificar algún desgaste o la mordedura de las mismas.

Al examen intraoral se observó:

- El paladar, para observar su forma.
- La lengua, en reposo, si esta se interponía entre las arcadas y en deglución abriendo los carillos y se le pedían al paciente que pase la saliva

- Los dientes incisivos, presentaban desgaste o fracturas.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

Debido a que estudio es descriptivo no fue necesario la obtención de permisos del comité de bioética se usó únicamente el consentimiento informado (Anexo 2) y asentimiento (Anexo 3).

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.

1. RESULTADOS:

El presente estudio fue realizado con los datos epidemiológicos de los escolares de la etnia Kichwa Saraguro de la parroquia San Lucas, que constan en el archivo del departamento de investigación de la Carrera de Odontología de la UCACUE, mostrando los siguientes resultados:

Tabla 1. Distribución de la muestra.

	FEMENINO		MASCULINO		Total
	n	%	n	%	
6 A 9 AÑOS	119	63,3	93	53,1	212
10 A 12 AÑOS	71	36,7	82	46,6	153
Total	190	100	175	100	365

Interpretación: se evidencia que, de los 365 escolares de 6 a 12 años que participaron en este estudio, predominó el sexo femenino con 190 sujetos estudiados y el grupo etario de 6 a 9 años.

Tabla 2. Prevalencia de hábitos bucales.

	n	%
Presente	157	43
Ausente	208	57
Total	365	100

Interpretación: se evidencia que, de los 365 escolares, el 43% de los participantes presentan algún tipo de hábito bucal.

Tabla 2. Prevalencia de hábitos bucales.

	n	%
Presente	157	43
Ausente	208	57
Total	365	100

Interpretación: se evidencia que, de los 365 escolares, el 43% de los participantes presentan algún tipo de hábito bucal.

Tabla 3. Prevalencia de hábitos bucales según edad

	Hábito				Total
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
6 a 9 años	93	43,9	119	56,1	212
10 a 12 años	64	41,8	89	58,2	153
Total	157	43	208	57	365

Chi² p= 0,69

Interpretación: no hay asociación entre la presencia de hábitos bucales y la edad.

Tabla 4. Prevalencia de hábitos bucales según sexo.

	Hábito				Total
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
Femenino	87	46,3	101	53,7	188
Masculino	70	40	105	60	175
Total	157	43,3	206	56,7	365

Chi² p=0,22

Interpretación: no hay asociación entre la presencia de hábitos bucales y el sexo.

Tabla 5. Hábito que se presenta con mayor frecuencia.

Hábito	n	%
Deglución atípica	89	24,52
Respiración bucal	77	21,21
Onicofagia	30	8,26
Succión digital	22	6,06
Queilofagia	19	5,23

Interpretación: se muestra que el hábito que prevalece es la deglución atípica que equivale al 24,5%, seguido de respiración bucal presente con 21,21%.

2. DISCUSIÓN

Es probable que al adquirir un hábito bucal se presenten alteraciones a nivel facial y dental, lo que será mayor si este se inicia en etapas tempranas y en el recambio dental. De acuerdo a lo que se encontró en este estudio, un 43% de la población evaluada presenta algún tipo de hábito bucal, considerado un problema en esta población, coincide con el estudio realizado por el autor Paredes y cols.⁴¹ en España con escolares de 4 a 11 años, obtuvo un porcentaje de 53% y con el autor Chumi y cols.³⁹, en una población en un área rural de Ecuador, evaluaron 118 niños de los cuales el 44.9% tuvieron la presencia de hábitos, Murrieta y cols.²¹, en México estudiaron niños de 6 a 11 años representando el 68.2% de estos malos hábitos, pese a que ninguno de los estudios citados en esta investigación se realizó en alguna etnia, la similitud puede deberse a que se usó una evaluación clínica semejante, el mismo rango de edad, como el tamaño de muestra, nuestro resultado difiere con el estudio de Cepero y cols.²⁴, donde han estudiado una muestra semejante y han obtenido 28,4% un porcentaje bajo, podemos decir que la diferencia entre estos estudios puede deberse a la influencia de los distintos factores etiológicos, y diversidades de cada población en estudio, y que no se ha evaluado anteriormente la etnia Kichwa Saraguro, deduciendo que cada escolar tiene probabilidades de desarrollar estas conductas.

No se encontró asociación entre la presencia de hábitos bucales y la edad, estos resultados concordaron con las investigaciones de Acevedo y cols.³¹, Fernández y cols.³⁶ y Reyes y cols.¹³, en Cuba con una similitud en el rango de edad y muestra que se utilizó en nuestra investigación, en ninguno de los trabajos citados se encontró asociación con la edad; las similitudes nos sirvieron para corroborar que depende también de muchos otros factores más que la edad para que los hábitos se arraiguen en la vida de un individuo, difieren con los resultados Montiel y cols.⁶, Molina y cols.⁴³, que presentaron mayor prevalencia en el rango de edad de 6 a 9 años, señalan que es la edad de riesgo y la adecuada para interrumpir estos actos debido al proceso de maduración y recambio que se encuentran tanto las estructuras anatómicas como en la personalidad, la variabilidad nos indica que la etiología de los hábitos bucales es un problema

multifactorial, podremos decir que los hábitos bucales que se presentan a temprana edad irán avanzando, mostrando mayor incidencia de alteraciones dentomaxilares en la población adulta, ya que estarán arraigándose por más años en la vida del individuo, aquí la importancia de detectarlos e interceptarlos en su etapa temprana.

En esta investigación no se encontró asociación entre la presencia de hábitos bucales y el sexo, así Acevedo²², y Téllez³, en Cuba, presentaron algún tipo de hábito deformante en ambos sexos, al igual que Murrieta²¹, en la ciudad de Ayacucho, esta prevalencia podría deberse a que todos los niños en ambos sexos pueden ser vulnerables a las etiologías de estos hábitos oportunistas, diferimos con Chamorro⁴², y Narváez²⁸, en Colombia, que mostraron mayor porcentaje en el sexo femenino, posiblemente la causa esté relacionada con los estereotipos de masculinidad y feminidad que se le transmiten a los niños y niñas, donde los hombres están cohibidos a expresar de manera abierta ciertas emociones, como el llanto, el dolor, etc., mientras que las mujeres más susceptibles al medio, esto provoca que ambos sexos puedan presentar hábitos bucales deformantes, utilizados como maneras de expresión y para liberar tensiones.

En el análisis de este estudio se determinó que el hábito que más se presenta, es la deglución atípica 24,5%, en primer lugar, seguido de respiración bucal con 21,2%, Álvarez²⁴, en su estudio con 506 niños de 5 a 11 años en Matanzas con 32% en la deglución atípica y 20% en respiración bucal, concordamos también con Riesgo¹⁹, y Acevedo³¹, que tienen porcentajes elevados en deglución atípica con 43%, que superan nuestros resultados, describe la misma prevalencia Carvajal³³, en Bolivia con 263 niños que mostraron el 45%, la presencia de estos hábitos puede deberse a que se presentan en la vida del individuo durante la maduración de las actividades orales y el patrón de deglución adulto a partir de los 3 años pero no se podrán apreciar sino hasta después de los 6 años, en este proceso el niño ya habrá adoptado este acto ya sea por la alimentación prolongada con el biberón, macroglosia, arcadas dentales pequeñas, u obstrucción de vías aéreas y estructuras dentomaxilares donde cada estructura buscara la manera de cumplir la función normal tanto en deglución como en respiración. Los hábitos que se presentaron en menor porcentaje como queilofagia, succión digital y onicofagia, que van desde el 5 al 8%, coincidieron

con Zapata¹, en Perú el cual reporto en menor porcentajes los hábitos antes mencionados en este estudio. Estos hábitos son perniciosos o conductas de impulsos nerviosos, muy difícil de erradicar porque son bastante disimulables, esto puede ser atribuido a un desajuste social y psicológico, con factores condicionantes como el estilo de vida, la falta de padres, etc. y por lo tanto cada sujeto tiene una probabilidad distinta de desarrollar cualquier tipo de hábito parafuncional, en lo que concordamos con otras investigaciones (1) (22) (23) (39).

3. CONCLUSIÓN.

- A través de este estudio se pudo deducir que existe una gran cantidad de escolares de la etnia Kichwa Saraguro que presentan algún tipo de hábito bucal.
- No observó asociación entre la presencia de hábitos bucales y la edad.
- No hay diferencia entre la presencia de estas conductas y el sexo.
- En el análisis de este estudio se observó que el hábito que más se presenta en los escolares de la etnia Kichwa Saraguro de la Parroquia San Lucas, fue deglución atípica seguido de respiración bucal y el hábito menos frecuente fue queilofagia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zapata M. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones. Revista Kiru. 2014 Enero; 11(1).
2. Reyes D, Torres I. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Revista MEDISAN. 2014; 18(5).
3. Tellez T, Ana G. Hábitos bucales deformantes más comunes en pacientes de la clínica docente provincial “3 de Octubre”, año 2012. revzoilomarinello. 2014; 39(10).
4. García V, Ustrell J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Revista scielo. 2014 Junio; 12(24).
5. Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Medigraphic. 2007 Mayo; 36(3).
6. Montiel M. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Medigraphic. 2004 Noviembre; 61(6).
7. Sosa J. Maloclusión (clasificación según angle) en alumnos de segundo y tercer semestre de la facultad de odontología de la Universidad Central del Ecuador. [Online].; 2012 [cited 2018 Noviembre 1. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/575/3/T-UC-0015-42.pdf>.
8. Podadera Z, Flores L. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. Revista Scielo. 2013 Julio; 14(4).
9. Rutz M. Síndrome de respirador bucal. [Online].; 2012 [cited 2018 Noviembre 5. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/sindrome_de_respirador_bucal.pdf.
10. Triana L. Hábitos bucales deformantes en el niño. [Online].; 2018 [cited 2018 Marzo 10 [https://es.scribd.com/document/373254795/4]. Available from: <https://es.scribd.com/document/373254795/4-8>.

11. Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de mala oclusión en población escolar. [Online].; 2009 [cited 2018 Diciembre 12. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-22/>.
12. Wilf E. Respiración bucal en niños y adolescentes. Revista Salud Militar. 2017; 33(1).
13. Reyes D, Torres I. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Revista Scielo. 2014 Mayo; 18(5).
14. Corrales A, Duque Y. Tratamiento de hábitos bucales deformantes con técnica de auriculoterapia. Revista Scielo. 2014 Noviembre; 18(6).
15. Zunay c. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Scielo. 2016 Junio; 13(2).
16. Quiñones M, Ferro P. Estado nutricional y su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en niños. Rev Cubana Estomatol. 2006 Octubre; 43(3).
17. Perez Y. Maloclusiones y características clínicas de trastornos temporomandibulares en pacientes ortodóncicos. Revista Redalyc. 2009 Octubre; 15(4).
18. Aguilar M, villaizán C. Frecuencia de hábitos orales, factor etiológico de maloclusiones en población escolar. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr. 2009 Enero; 23(2).
19. Riesgo Y, Costa D. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del seminternado "30 de noviembre". Rev Cubana Ortod. 2013 Julio; 14(1).
20. Jiménez Á, Torres M. Relación entre lactancia materna exclusiva, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilares. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2012 Junio; 36(4).
21. Murrieta E. Hábitos bucales y maloclusiones presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva. [Online].; 2011 [cited 2018 Noviembre 5. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art-5/>.
22. Acevedo O. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Revista Scielo. 2011 Marzo; 9(2).

23. Álvares M. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5 a 11 años. *Revista Scielo*. 2014 Julio; 36(4).
24. Cepero P. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. *Revista Medisur*. 2008 Agosto; 6(2).
25. Cid M. La familia en el cuidado de la salud. *Revista Scielo*. 2014 Julio; 36(4).
26. Rivadeneira A, Nazco L. Nivel de conocimiento sobre salud buco-dental. *Revista Scielo*. 2013 Enero; 15(1).
27. Medina C, Laboren M. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Medisur*. 2010 Marzo; 44(6).
28. Narváez M, Muñoz Y. Hábitos orales en niños de 6 a 10 años de la escuela Itsin de San Juan de Pasto. *Revista Scielo*. 2010 Junio; 12(1).
29. Haneke E. Trastornos de autoagresión hacia las uñas. *Dermatol rev mex*. 2013 Julio; 57(4).
30. Roncero C. Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos. *Revista Actas Esp. Psiquiatría*. 2009 Junio; 37(4).
31. Acevedo S, Mora P, Capote F. Efectividad de la intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. *Revista Medisur*. 2011 Enero; 9(2).
32. Ojeda L, Espinoza A, Biotti J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y segunda fase. *Revista Scielo*. 2014; 7(1).
33. Carvajal M. Desarrollo de la dentición. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2009 Octubre; 63(2).
34. Murrieta F, Allendelagua R, Perez L. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl. *Revista Researchgate*. 2011; 68(1).
35. Fernández C, Acosta A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. *Revista Cubana Ortodoncia*. 1997 Enero; 12(2).

36. Jiménez A, Torres M. Relación entre lactancia materna exclusiva, hábitos bucales deformantes y anomalías Dentomaxilofaciales. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. 2012 Junio; 43(6).
37. Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. *Rev Cubana Otod*. 2010 Junio; 15(2).
38. Chumi R, Pinos P. Prevalencia de hábitos orales en niños de 3 a 9 años de edad como consecuencia de la migración de los padres al extranjero, en la comunidad Callazay, Parroquia Mariano Moreno del Cantón Gualaceo Provincia del Azuay-Ecuador. [Online].; 2014 [cited 2018 Septiembre 28. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-18/>.
39. Augusto V. Frecuencia de malos Hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Rev. Chile Pediatría*. 2001; 70(6).
40. Paredes V. Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares Valencianos. *Revista Scielo*. 2005 Noviembre; 62(2).
41. Chamorro A, García C, Mejía E. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de odontopediatría de la Universidad del Valle. 2017..
42. Molina J. Prevalencia de maloclusiones dentarias en relación con hábitos orales no fisiológicos en escolares de 5 a 9 años de la unidad educativa Pastocalle de la Parroquia Pastocalle del cantón Latacunga. [Online].; 2017 [cited 2018 Noviembre 5. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13455/1/T-UCE-0015-818.pdf>.
43. Carvajal J, Carvajal C, Escudero E. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre. 2012.
44. Villavicencio E. Diseños de estudios clínicos en odontología. *Revista Oactiva*. 2016 Mayo; 1(2).
45. Villavicencio E. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar? *Revista Oactiva*. 2017 Enero; 2(1).

46. Villavicencio E. ¿Cómo plantear las variables de una investigación? Revista Oactiva. 2019 Enero; 4(1).

ANEXOS

1. FICHA EPIDEMIOLÓGICA

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

MAPA EPIDEMIOLÓGICO CRANEOFACIAL Y SALUD BUCODENTAL EN LA ETNIA KICHWA - SARAGURO

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ OCUPACIÓN: _____ SEXO (M-F) _____ EDAD _____ CI: _____

NOMBRE DEL EXAMINADOR: _____ APLICAR NO APLICAR

PREVALENCIA DE MALOCCLUSIÓN (6-12 años) APLICAR NO APLICAR

Perfil Antero Posterior:
 1. Convexo
 2. Recto
 3. Cóncavo

Relación Canina:
 Derecha: 1. Nuevo 2. Medio 3. Disto N.A.
 Izquierda: 1. Nuevo 2. Medio 3. Disto N.A.

Clase Molar de Angle:
 Derecha: 1. Clase I 2. Clase II 3. Clase III N.A.
 Izquierda: 1. Clase I 2. Clase II 3. Clase III N.A.

Overjetmm Overbitemm

Apilamiento: Si No
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Severo

Diastemas: Si No
 1. Leve
 2. Moderado
 3. Severo

Mordida Cruzada:
 Anterior: Si No
 Local (Pieza)
 Generalizada (= de 1 pieza)
 Exterior: Si No
 Unilateral (lado)
 Bilateral (ambos lados)

Mordida Abierta: Anterior: Si No Posterior: Si No

LINEA MEDIA: DERECHA COINCIDE IZQUIERDA

BIOTIPO FACIAL (12-16 años) APLICAR NO APLICAR

INDICE FACIAL MORFOLÓGICO

Clasificación	Norma	Paciente (a)
Hiperprospopos	< 79.9	
Euprospopos	80.0 - 84.9	
Mesoprospopos	85.0 - 89.9	
Leptoprospopos	90.0 - 94.9	
Hiperleptoprospopos	> 95.9	

IPF = $\frac{\text{Altura facial} \times 100}{\text{Diámetro Bicigomático}} \times 100 =$ _____

FORMA DE ARCADAS:
 Ovalada Triangular
 Cuadrada

ANCHO MAXILAR:
 1.4 - 2.4: 34-36 mm
 1.5 - 2.5: 40-42 mm
 1.6 - 2.6: 46-48 mm
 Total: > Estrecho > Anchos

INDICE ESTÉTICO DENTAL (DAI) (12-16 años) APLICAR NO APLICAR

Dientes incisivos, caninos y premolares perdidos (maxilares superior e inferior): Indique el número de dientes faltantes _____

APINAMIENTO EN LOS INCISIVOS:
 0= Sin apinamiento
 1= In segmento apilado Sup Inf
 2= Dos segmentos apilados

SEPARACIÓN EN LOS INCISIVOS:
 0= No hay separación
 1= In segmento separado Sup Inf
 2= Dos segmentos separados

MAYOR IRREGULARIDADES:
 Maxilar superiormm
 Maxilar inferiormm

RELACION MOLAR ANTEROPOSTERIOR:
 0= Normal
 1= Semicompleta
 2= Cupide completa
 No aplica (Diente faltante)

MORDIDA ABIERTA ANTERIOR:mm
 0= Normal
 1= Semicompleta
 2= Cupide completa
 No aplica (Diente faltante)

OVERJETmm
 OVERBITEmm

DAI RESULTANTE _____
 DAI GRADO _____

ECUACION _____

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

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) (6-12 años) APLICAR NO APLICAR

	28V	11V	25V	36L	31V	46L	
P.B.							0= Sano 1-2 cara examinada 2-3 cara examinada 3-4-5 cara examinada No aplica
Cálculo							0 1 2 3

0= Sano
 1= 1-2 cara examinada
 2= 2-3 cara examinada supragingival o base de cálculo supragingival
 3= 3-4-5 cara examinada supragingival o base de cálculo supragingival
 No aplica

INDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL DE LA COMUNIDAD

	16V	21V	28V	36L	31V	46L
0 Sano						
1 Sangrado						
2 Cálculo						
3 < 3.5 mm						
4 > 3.5 mm						

CODIGO PUFA Y CPDOD (6-12 años) APLICAR NO APLICAR

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
PUFA														
CPDOD														
PUFA	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
CPDOD														

CPDOD-apod

0= Sano
 1= Cariado
 2= Obstruido y con caries
 3= Obstruido
 4= Perdido por caries
 5= Perdido por otro motivo
 6= Saliendo presente
 7= Corona o pilar de puente
 8= Diente permanente sin erupción
 9= No registrable

CODIGOS PUFA

INDICADOR	SIGNIFICADO
P/p	Compromiso pulpar visible
U/u	Ulceración causada por fragmentos e incrustaciones coronarias
F/f	Fistula
A/a	Abceso

Indices DEAN (12 a 16 años) APLICAR NO APLICAR

Dientes permanentes	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5
0 = Normal										
1 = Discutible										
2 = Muy Ligera										
3 = Ligera										
4 = Moderada										
5 = Severa										
6 = No registrada										

1. La superficie del esmalte es lisa, opaca y de color blanco brillante.
 2. El esmalte muestra ligeros abramientos superficiales que van del blanco al amarillo claro. El esmalte puede ser irregular y puede haber un pequeño número de hoyos.
 3. El esmalte muestra abramientos superficiales que van del blanco al amarillo claro. El esmalte puede ser irregular y puede haber un pequeño número de hoyos.
 4. El esmalte muestra abramientos superficiales que van del blanco al amarillo claro. El esmalte puede ser irregular y puede haber un pequeño número de hoyos.
 5. El esmalte muestra abramientos superficiales que van del blanco al amarillo claro. El esmalte puede ser irregular y puede haber un pequeño número de hoyos.
 6. No registra.

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

PREVALENCIA DE HÁBITOS (6-12 años) APLICAR NO APLICAR

EXAMEN EXTRAORAL

	SI	NO
Presencia ojeras		
Incompetencia labial		
El labio superior hipotónico (aspecto de labio corto)		
Labios aprietados y resacos		
Irritación de la piel alrededor del labio inferior		
Posar manías		
Presenta callosidades o reblandecidos los dedos		
Desgaste o mordeduras en las uñas		

EXAMEN INTRAORAL

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

HÁBITOS

	SI	NO
Respiración bucal		
Diglosión atípica		
Succión digital		
Queloides		
Onicofagia		
Ninguno		

INDICE DE HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR (6 a 16 años) APLICAR NO APLICAR

PRESENCIA DE ALTERACIÓN CLÍNICA EN LA ESTRUCTURA DEL ESMALTE EN INCISIVOS Y PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

SI NO

Grado de afectación según la clasificación de Matho-Maju 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.	

1.2. FICHA DE RECOLECCIÓN DIGITAL

Entier - [34116003] FICHA EPIDEMIOLOGICA

File Edit View Tools Help

Open Form Save Print Find New Record 612 of 613 Delete Undo Line Listing Dashboard Map Edit Form Help

Pages

- FICHA EPIDEMIOLOGICA
 - Page 1
 - Page 2
 - Page 3

Page 3

EX. INTRAORAL

PALADAR: NO
 DEGLUTIR: NO
 DESGASTE DIENTES: SI

HABITOS

RESP BUCAL: NO
 DEG ATIPICA: SI
 SUC DIG: SI
 QUEILOFAGIA: NO
 ONICOFAGIA: NO
 NINGUNO: SI

HIM

PRESENCIA: NO
 GRADO: N.A.

ENCUESTA PADRES

ALIMENTACION

MATERNA: SI
 BIBERON: NO
 RONCA: NO
 BABEA: NO
 MUERDE UÑAS: NO

CHUPA DEDO: []
 BOCA RESECA: NO
 DIFICULTAD: NO
 BOCA CERRADA: CERRADA
 CHUPA + BARRA: NO

S. OBJETOS: NO
 HOGAR DISCUSIONES: []

Unlink Add Exposure View SNA Graph

Activar V
Ve a Config

[Name: PALADAR] [Type: LegalValues] -2.8817700.-79.0034600.2.5

2. CONSENTIMIENTO



**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

3. ASENTIMIENTO.



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 **Cd. 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 cuadrto de abajo que dice "Si 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 obtuvo el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de _____

4.RESUESTA DISTRITAL



Dirección Distrital 11D01 Loja-Educación

Oficio Nro. 070 MINEDUC-CZ7-D11D01-2017-0F
Loja, 02 mayo de 2018Od. Esp. Santiago Reinoso Quezada
DIRECTOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo del Distrito Educativo 11D01 Loja-Educación. En referencia al Oficio sin Nro. con fecha 29 de marzo de 2018, en el cual se solicita "...se nos autorice los permisos pertinentes para el acceso a las unidades educativas de la parroquia San Lucas, del cantón y provincia de Loja; el motivo del mismo para realizar a cabo una investigación en la etnia Saraguro, en el cual solamente se realizaran observaciones y medidas 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 diagnostico por escrito del estado de su salud bucal..."; al respecto, esta Dirección Distrital indica que son los representantes de los estudiantes de los centros educativos de la parroquia San Lucas, quienes deben autorizar se proceda o no con la investigación requerida en líneas anteriores.

Con aprecio y distinguida consideración, reciba mi reconocimiento y estima personal.

Atentamente,




 DIRECCIÓN DISTRITAL
Marco Vinicio Gahona Aguirre
DIRECTOR DISTRITAL 11D01 LOJA-EDUCACIÓN

Eteb/pd



Barrio Alamo, calles Artesana 10-43 y Corchón
 www.educacion.gob.ec
 Teléfono: 07570511 ext. 1062-1063
 1800-EDUCACIÓN
 Loja - Ecuador

5. ESCUELAS



Cuenca, 29 de Marzo

Lcda.

DELIA LUCIA ANDRADE ANDRADE

**DIRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGUE
MANUEL DE JESUS MACAS**

En su despacho.-

Reciba un cordial y caluroso saludo de quienes conformamos la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca casa matriz, al mismo tiempo solicitamos a usted de la manera más comedida se nos autorice los permisos pertinentes para el acceso a la unidad educativa a la cual dirige; el motivo del mismo es para llevar a cabo una investigación en la etnia Saraguro en la cual se realizaran observaciones y medidas de la cara, cavidad oral; para con ello obtener un diagnóstico de forma de cara y estado del salud bucodental del paciente información importante y necesaria para nuestro país ;de la misma manera se efectuará charlas de educación y prevención de salud bucal y el estudiante que participe de la investigación se le entregara el diagnostico por escrito del estado de salud bucal.

Por la acogida que sepa brindar a nuestro pedido de antemano exponemos nuestros mas sinceros agradecimientos.

Atentamente

Od.Esp .Santiago Reinoso
DIRECTOR DE LA CARRERA
DE ODONTOLOGIA



Od. Magaly Jiménez R.
ESP. EN ORTODONCIA
MSP L. 1073 Folio 266 H. 788

DIRECTORA DEL PROYECTO
DE INVESTIGACION

Recibido
29/03/2018.



Cuenca, 29 de Marzo

Ing.

DIANA ANDRADE

COORDINADOR DEL CIRCUITO 20 -A DE SAN LUCAS

En su despacho.-


Reciba un cordial y caluroso saludo de quienes conformamos la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca casa matriz, al mismo tiempo solicitamos a usted de la manera más comedida se nos autorice los permisos pertinentes para el acceso a la unidad educativa a la cual dirige; el motivo del mismo es para llevar a cabo una investigación en la etnia Saraguro en la cual se realizaran observaciones y medidas de la cara, cavidad oral; para con ello obtener un diagnóstico de forma de cara y estado del salud bucodental del paciente información importante y necesaria para nuestro país ;de la misma manera se efectuará charlas de educación y prevención de salud bucal y el estudiante que participe de la investigación se le entregara el diagnostico por escrito del estado de salud bucal.

Por la acogida que sepa brindar a nuestro pedido de antemano exponemos nuestros mas sinceros agradecimientos.

Atentamente




Od.Esp .Santiago Reinoso
DIRECTOR DE LA CARRERA
DE ODONTOLOGIA



Od. Magaly Jiménez R.
ESP. EN ORTODONCIA
MSP LIBRE PROFESIONARIA
Od. Magaly Jiménez R.
DIRECTORA DEL PROYECTO
DE INVESTIGACION

Recibido
29-03-2018
ODONTOLÓGICO
CIRCUITO 20-A
SAN LUCAS



Cuenca, 29 de Marzo

Lcda.
HNA.YOLANDA GUALLPA

DIRECTOR DE LA ESCUELA FISCIONAL SANTA CATALINA

En su despacho.-


Reciba un cordial y caluroso saludo de quienes conformamos la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca casa matriz, al mismo tiempo solicitamos a usted de la manera más comedida se nos autorice los permisos pertinentes para el acceso a la unidad educativa a la cual dirige; el motivo del mismo es para llevar a cabo una investigación en la etnia Saraguro en la cual se realizaran observaciones y medidas de la cara, cavidad oral; para con ello obtener un diagnóstico de forma de cara y estado del salud bucodental del paciente información importante y necesaria para nuestro país ;de la misma manera se efectuará charlas de educación y prevención de salud bucal y el estudiante que participe de la investigación se le entregara el diagnostico por escrito del estado de salud bucal.

Por la acogida que sepa brindar a nuestro pedido de antemano exponemos nuestros mas sinceros agradecimientos.

Atentamente




Od.Esp .Santiago Reinoso
DIRECTOR DE LA CARRERA
DE ODONTOLOGIA




Od. Magaly Jimenez
DIRECTORA DEL PROYECTO
DE INVESTIGACION

Recibi
Hna. Yolanda Guallpa



6. EVIDENCIA

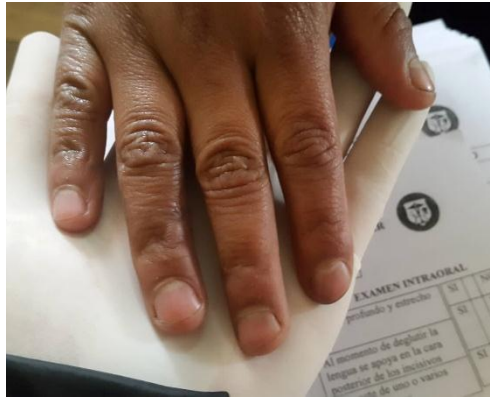


Fig.1. Onicofagia



Fig.2. queilofagia

