



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Facultad de Odontología**

**Frecuencia de hábitos bucales deformantes en pacientes tratados en la  
Clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de  
Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2011-2018**

**Proyecto de investigación previo a  
la obtención del Título de  
Odontólogo**

**AUTORES:**

Raúl Alexander Matute Pinos C. I. 0105747117

alexander.matute.p@gmail.com

Angélica Belén Alvarado Urgilez C. I. 0106434509

belenalvarado810@gmail.com

**DIRECTOR:**

Dr. Manuel Estuardo Bravo Calderón C. I. 0102137460

**ASESOR:**

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó C. I. 0151549557

**CUENCA – ECUADOR**

**30 - septiembre - 2020**



## RESUMEN

**Antecedentes:** existe controversia sobre el rol de los hábitos bucales deformantes, como factor de riesgo de mal oclusión dental; sin embargo, se ha constituido en una condición frecuente en la práctica clínica, de la cual no existen datos de la frecuencia del problema en la población local actualizados.

**Objetivo:** determinar la frecuencia de los hábitos bucales deformantes en los pacientes tratados en la Clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, en el periodo 2011-2018.

**Método y materiales:** estudio cuantitativo, descriptivo trasversal, en una población constituida por 609 historias clínicas de pacientes atendidos desde el 2011 a 2018, clínica de posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad de Cuenca. El análisis estadístico se realizó en forma de distribuciones de acuerdo a frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas, los resultados fueron presentados en tablas simples y gráficos estadísticos de doble entrada.

**Resultados:** el 81,6% corresponden al grupo etario de 6 a 19 años (niños y adolescentes), con predominio del sexo femenino (59,1%), con una prevalencia de hábitos bucales deformantes de 43,5%; con un predominio de la interposición lingual en una 6,2% y la onicofagia en un 5,5% en la población femenina.

**Conclusión:** la interposición lingual y la onicofagia son hábitos bucales deformantes en los pacientes tratados en la clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

**Palabras claves:** Hábitos bucales. Odontología.



## ABSTRACT

**Background:** there is controversy over the role of deforming oral habits, as a risk factor for dental malocclusion; however, it has become a common condition in clinical practice, of which there are no up-to-date data on the frequency of the problem in the local population.

**Objective:** determine the frequency of deforming oral habits in patients treated at the Graduate Clinic of orthodontic Specialty of the Faculty of Dentistry of the University of Cuenca, in the period 2011-2018.

**Method and Materials:** quantitative study, transversal descriptive, in a population consisting of 609 medical histories of patients treated from 2011 to 2018, postgraduate clinic of the Orthodontic Specialty of the University of Cuenca. The statistical analysis was carried out in the form of distributions according to frequency and percentage of the variables studied, the results were presented in simple tables and double input statistical graphs.

**Results:** 81.6% are in the age group of 6 to 19 years (children and adolescents), with predominance of the female sex (59.1%), with a prevalence of deforming oral habits of 43.5%; with a predominance of lingual interposition at 6.2% and onicophagia at 5.5% in female population.

**Conclusion:** lingual interposition and onicophagia are deforming oral habits in patients treated at the Graduate Clinic of orthodontic Specialty of the Faculty of Dentistry of the University of Cuenca

**Key words:** Oral habits, Dentistry.



## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ÍNDICE .....	3
Lista de gráficos .....	5
Lista de tablas .....	5
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN.....	6
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN.....	7
PROPIEDAD INTELECTUAL .....	8
PROPIEDAD INTELECTUAL .....	9
AGRADECIMIENTO .....	10
AGRADECIMIENTO .....	11
CAPÍTULO I.....	12
1.1.    Introducción .....	12
1.2.    Planteamiento del problema .....	13
1.3.    Justificación .....	15
CAPÍTULO II.....	18
FUNDAMENTO TEÓRICO .....	18
2.1.    Antecedentes .....	19
2.2.    Hábitos bucales .....	23
2.2.1.    Clasificación general de los hábitos bucales .....	24
2.2.2.    Hábitos bucales dependientes de su etiología .....	24
2.2.3.    Variables que influyen en la presencia de los hábitos bucales .....	25



2.2.4. Tipos de hábitos bucales .....	26
2.2.5. Epidemiología de los malos hábitos bucales .....	30
CAPÍTULO III.....	32
DISEÑO METODOLÓGICO .....	32
3.1. OBJETIVOS .....	32
3.1.1. General .....	32
3.1.2. Específicos .....	32
3.2. Tipo de estudio .....	32
3.3. Universo y muestra .....	32
3.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	33
3.5. Variables y Operacionalización .....	33
3.6. Técnicas e instrumentos .....	33
3.7. Procedimientos .....	34
3.8. Plan de tabulación y análisis .....	34
3.9. Aspectos éticos .....	34
CAPÍTULO IV .....	36
RESULTADOS .....	36
CAPÍTULO V .....	42
DISCUSIÓN .....	42
CAPÍTULO VI .....	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	45
6.1. Conclusiones .....	45
6.2. Recomendaciones .....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46
ANEXOS .....	50



### Lista de gráficos

GRÁFICO 1 PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTE EN LA POBLACIÓN TRATADA EN LA CLÍNICA DE POSGRADO, ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA, UNIVERSIDAD DE CUENCA. 2011 – 2018 .....	39
GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN DE 609 PACIENTES TRATADOS EN LA CLÍNICA DE POSGRADO, ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA, UNIVERSIDAD DE CUENCA, SEGÚN HÁBITO BUCAL DEFORMANTE. 2011 – 2018 .....	41
GRÁFICO 3 DISTRIBUCIÓN DE 609 PACIENTES TRATADOS EN LA CLÍNICA DE POSGRADO, ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA, UNIVERSIDAD DE CUENCA, SEGÚN SEXO Y HÁBITO BUCAL DEFORMANTE. 2011 – 2018 .....	43

### Lista de tablas

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE 609 PACIENTES TRATADOS EN LA CLÍNICA DE POSGRADO, ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA, UNIVERSIDAD DE CUENCA, SEGÚN EDAD. 2011 – 2018 .....	38
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE 609 PACIENTES TRATADOS EN LA CLÍNICA DE POSGRADO, ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA, UNIVERSIDAD DE CUENCA, SEGÚN SEXO. 2011 – 2018 .....	39
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE 609 PACIENTES TRATADOS EN LA CLÍNICA DE POSGRADO, ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA, UNIVERSIDAD DE CUENCA, SEGÚN HÁBITO BUCAL DEFORMANTE. 2011 – 2018 .....	40
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE 609 PACIENTES TRATADOS EN LA CLÍNICA DE POSGRADO, ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA, UNIVERSIDAD DE CUENCA, SEGÚN SEXO Y HÁBITO BUCAL DEFORMANTE. 2011 – 2018 .....	42



## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Raúl Alexander Matute Pinos, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Frecuencia de hábitos bucales deformantes en pacientes tratados en la Clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2011 - 2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de septiembre del 2020

Raúl Alexander Matute Pinos

C.I. 0105747117



## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Angélica Belén Alvarado Urgilez, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Frecuencia de hábitos bucales deformantes en pacientes tratados en la Clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2011-2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de septiembre de 2020

Angélica Belén Alvarado Urgilez

C.I. 0106434509





## PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Raúl Alexander Matute Pinos, autor del proyecto de investigación **“Frecuencia de hábitos bucales deformantes en pacientes tratados en la Clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2011-2018”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 30 de septiembre de 2020

Raúl Alexander Matute Pinos

C.I. 0105747117



## PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Angélica Belén Alvarado Urgilez, autora del proyecto de investigación **“Frecuencia de hábitos bucales deformantes en pacientes tratados en la Clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2011-2018”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 30 de septiembre de 2020

Angélica Belén Alvarado Urgilez

C.I. 0106434509



## AGRADECIMIENTO

Durante el camino hacia el cumplimiento de todo proyecto, nunca es seguro el éxito, que no habrá problemas o inconvenientes que todo estará bien, nada es seguro, ni probable. Lo que si es muy probable es que durante el camino encontrarás aspectos y situaciones que tal vez no conocías aun, procesos y actitudes ajenas nunca antes sentidas, pero tan normales como todo lo que sucede en la cotidianidad.

Por eso la gratitud ante Dios por todo lo que me ofrece en el día a día, es infinita que junto con el amor, sinceridad y comprensión de mis padres que jamás me han soltado mi mano y han dedicado su vida a construir la mía, les agradezco por sentirse orgullosos de mi como persona y ahora como profesional.

Agradezco a todas las personas buenas y malas, pero en especial estas últimas que fueron mi mayor motor de inspiración y motivación para cada día complementar mis metas.

Para finalizar agradecemos a Adriana Palacios, por su aporte monetario (5 ctvs.) para el inicio de este proyecto. Sin su ayuda no hubiese sido posible su desarrollo.

*“No hay necesidad de apresurarse. No hay necesidad de brillar. No es necesario ser nadie más que uno mismo”*

*Virginia Woolf*



## AGRADECIMIENTO

La vida ha sido muy grata conmigo y agradezco sobreramente por darme los padres que tengo, Jaime y Nancy, que me dan dado amor incondicional y fortaleza e iluminan mi vida guiando cada paso que doy, sin ellos no sería nada, no olviden nunca lo mucho que los amo. A mi hermana Paola que estuvo ahí siempre cuando nadie más estaba. A mi sobrina Emma, que me cambió de la forma más dulce y tierna que una persona puede experimentar.

Agradezco a mi persona favorita, Juan David, que llegó a mi vida de forma inesperada, a enseñarme a creer que los sueños se vuelven realidad, porque el mío se cumplió cuando te conocí. Te amo demasiado para una sola vida.

Agradezco a nuestro tutor, Dr. Manuel Bravo, por dedicarnos su tiempo, y sobre todo por la calidez y confianza depositada en nosotros.

Agradezco a nuestro asesor, Dr. Ebingen Villavicencio por la infinita paciencia que tuvo, por brindarnos de su sabiduría que ha demostrado ser un apasionado por su trabajo.

Agradezco a mi familia, amistades y a cada una de las personas que de forma directa o indirecta contribuyeron para llegar a cumplir esta meta.

Gracias totales

Angélica



## CAPÍTULO I

### 1.1. Introducción

Los hábitos bucales afectan el establecimiento de una oclusión normal, entendiendo a la oclusión como "las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto" y normal como "una situación hallada en ausencia de enfermedad". Por ende, una oclusión dental normal es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y le da a la cara un aspecto uniforme, de ser lo contrario se dice que estamos en presencia de maloclusiones (1).

Los hábitos pueden definirse como la práctica o costumbre que se adquiere por la repetición continua de un mismo acto inicialmente voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga (2). Se cree que los hábitos bucales son la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, dependiendo de la frecuencia, duración, intensidad y de la dirección de la fuerza aplicada durante la oclusión; suelen manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento (3).

La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y con la función de la musculatura orofacial. La maloclusión dentaria, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una afección del desarrollo bucofacial que ocupa el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal (1)(3).

La maloclusión puede presentarse a temprana edad, cuando se altera el



equilibrio de las estructuras del sistema bucal o estomatognático; sin embargo, las maloclusiones pueden aparecer sin que estos existan y ser diagnosticados a cualquier edad. Es por esto que en la prevención de las maloclusiones es importante diagnosticar, controlar y eliminar oportunamente la instalación de un mal hábito bucal.

Por tanto, el estudio aborda las características de la población, así como los hábitos bucales deformantes presentes en la población atendida en la clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, en el periodo 2011-2018. El presente trabajo contiene cuatro capítulos, cuyo contenido está estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo I se detalla la problemática, donde se plantea, sistematiza, formula el problema a profundidad y la justificación. A continuación, en el capítulo II denominado: “Fundamento Teórico”, se detalla cada una de las variables del estudio, fundamentándolas teóricamente.

El capítulo III contiene el diseño metodológico que explica el nivel, tipo y método de investigación de manera detallada. Además, en esta parte se indica la población con la que se trabajó; así como los instrumentos requeridos para el levantamiento de la información. Para continuar con el capítulo IV de los resultados en donde se presenta el análisis estadístico de los mismos en forma de distribuciones de acuerdo a frecuencia y porcentaje. A continuación los capítulos V y VI describen las discusión, las conclusiones y, recomendaciones respectivamente; culminando con las referencias bibliográficas y anexos.

## **1.2. Planteamiento del problema**

Los hábitos bucales deformantes o también conocidos como parafuncionales representan factores de riesgo para el adecuado desarrollo del Sistema Estomatognático. Al aumentar la frecuencia, duración e intensidad con que se



realizan, estos hábitos pueden generar problemas en el desarrollo craneofacial y en la musculatura orofacial; se ha reportado en diferentes estudios la relación que existe entre los hábitos orales nocivos con el desarrollo de maloclusiones dentales (4).

Sobre la prevalencia de hábitos bucales deformantes se han realizado innumerables estudios. En algunos países, la incidencia de este hábito ha alcanzado hasta el 90%, aunque en los países occidentales afecta entre el 15% y 45% de los niños, la variación de los resultados depende mucho de las edades que abarque cada estudio (2).

Las maloclusiones, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupan el tercer lugar como problemas de salud oral. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones, no ponen en riesgo la vida del paciente, pero su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública (5).

Hasta la actualidad se han realizado muy pocos estudios epidemiológicos sobre los hábitos bucales deformantes en la población en general y específicamente en el cantón Cuenca. Sin embargo, muchos autores coinciden en la importancia de identificar estos factores de riesgo bucal, aseverando que enfermedades sistémicas son provocadas por diferentes factores entre ellos bucales (6).

Jiménez C, et al. (6), en su trabajo describe que la epidemiología de las enfermedades en la cavidad bucal se encuentra ubicada en un plano secundario, sin recibir la atención apropiada en la planificación de los servicios de salud en general y de la salud bucal en particular. Tal como reporta Pindborg, los estudios epidemiológicos realizados a lo largo de estos últimos años han mostrado una variación considerable en la prevalencia de las lesiones de las mucosas bucales dependientes a la situación geográfica en el mundo.

Díaz K, et al. (4) en el 2016, realizaron un estudio observacional descriptivo



de corte transversal; en 115 pacientes atendidos, en los que el 80,2% de la población presentó algún tipo de hábito parafuncional, de éstos el 56% fueron varones y 44% mujeres, el hábito más frecuente fue morder objetos 46,6%, seguido de onicofagia 39,7% y bruxismo 28,4%. Concluyendo que los hábitos se presentaron mayormente entre los 6 y los 9 años de edad siendo el más común morder objetos. En el género femenino el hábito con mayor porcentaje fue la onicofagia y en el masculino morder objetos.

Además, Díaz H, et al. (5) en su trabajo de maloclusión durante el 2015, encontraron que la prevalencia de maloclusiones fue elevada (44,7%), siendo el sexo femenino el más afectado (55,3%). En cuanto a los factores de riesgo, los hábitos deformantes y los elementos hereditarios, fueron los más frecuentes, representando el 64,8% y el 26,5%, respectivamente. Otro resultado significativo fue que el 22,8% de los niños presentó una higiene oral deficiente. Finalmente determinaron que las maloclusiones afectaron mayormente a las niñas, de edades entre 7 y 9 años, y que se encontraron la vestibuloversión, el apiñamiento, la mordida abierta anterior y las rotaciones dentarias, como tipos principales de maloclusión.

Reyes D, et al. (7) en el 2014, como resultados de su estudio en la población estudiada, destacan que existió predominio del sexo femenino (60,5%), en el grupo etario de 9 años (37,2%), en quienes la succión digital y la lengua protráctil resultaron más frecuentes en un 37,1% y 20,9% respectivamente en ambos sexos.

En este contexto, se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuánto es la frecuencia de pacientes con hábitos bucales deformantes diagnosticados en la clínica de posgrado de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, durante el período 2011-2018?

### **1.3. Justificación**

Los Hábitos Bucles deformantes son aquellos que pueden producir





interferencias en el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, y a consecuencia de ello, generar anomalías en la morfología y fisiología bucal (8).

Estos hábitos deformantes constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, responsables de la aparición de maloclusiones, es reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta enfermedad ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido sólo de las caries dentales, mientras que a nivel de la población en general ocupa el tercer lugar (1)(9).

La presente investigación resulta de trascendental importancia, porque permitirá identificar los malos hábitos bucales frecuentes en la población atendida en la clínica de posgrado de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca; y, de esta manera promover el desarrollo de estrategias para la prevención y tratamiento de estos hábitos.

Los datos recopilados en este estudio podrán ser utilizados para promover la prevención de estos hábitos deformantes, a través de actividades de información educativa a la población que presenta el problema; así como, a quienes no lo tienen o creen no tenerlo. En la ciudad de Cuenca, no existe hasta la fecha estadísticas concretas que reflejen la problemática de la población en relación a los hábitos bucales deformantes.

Además, la investigación responde a las prioridades de investigación en salud planteadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el periodo 2013 – 2017, en el área: Sistema Nacional de Salud; línea: atención primaria; sublínea: prevención (10). Así como también en las áreas de conocimiento (Frascati) de la Universidad de Cuenca: Ciencias Médicas y de la Salud, Medicina Clínica 3.2.15: Odontología (11).

Los beneficiarios a futuro del presente trabajo de investigación serán los pacientes, en quienes la identificación oportuna de hábitos bucales deformantes permitirá un diagnóstico eficaz con un tratamiento oportuno; pues el personal odontológico, al disponer de un estudio previo basado en



datos locales, evaluará con mayor precaución a la población en edades tempranas para diagnosticar y tratar a tiempo estos factores de riesgo de maloclusión dentaria.

El presente trabajo será entregado a la clínica de posgrado de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, para que exista una socialización y con ello se generen estrategias que permitan el manejo correcto de los resultados obtenidos en la población atendida; también se realizará los trámites para viabilizar la publicación en la revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, que apoye la difusión de la información generada con la investigación.



## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTO TEÓRICO

Los seres humanos como seres sociales se interrelacionan por medio de la comunicación, la misma que se inicia a través de la expresión facial, pues el rostro es el principal sello de identidad personal. La cara en crecimiento es una estructura compleja, cuyo desarrollo, mucho más que un mero incremento de tamaño, deviene de un proceso equilibrado, que gradualmente modela y da nueva forma al rostro del niño hasta convertirse en el del adulto. El área craneofacial, es una “encrucijada” anatómica expuesta a múltiples factores que pueden modificar su crecimiento y desarrollo (12).

Cualquier alteración, cambio de posición o movimiento no considerado dentro de los límites normales se denomina maloclusión. El término oclusión dental se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y parafunción; sin embargo, este vocablo no solo designa al contacto de las arcadas de una interfase oclusal, sino también a todos los factores que participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio y uso de los dientes en la actividad o conducta motora bucal. Las maloclusiones son la causa más frecuente de la alteración o pérdida de la estética de una persona y constituye una de las razones por la cual los pacientes, fundamentalmente niños, adolescentes y jóvenes, acuden a la consulta de ortodoncia y estomatología (12).

Las influencias ambientales que actúan durante el crecimiento y desarrollo de la cara, los maxilares y los dientes, consisten fundamentalmente en presiones y fuerzas derivadas de la actividad fisiológica. La función debe adaptarse al entorno. Por ejemplo, la forma de masticar y deglutir viene determinada en parte por el alimento disponible. El sistema neuromuscular que entra en función cuando el paciente está desarrollando ambas actividades, influirán sobre los maxilares y los dientes, y también en el crecimiento del complejo maxilar superior, y la erupción dental (13).



Los hábitos deformantes bucales constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, responsables de la aparición de maloclusiones, es reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta enfermedad ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido sólo de las caries dentales. Estudios epidemiológicos han mostrado que los hábitos deformantes bucales se presentan con tasas de prevalencia muy altas, ya que más del 60% de la población puede presentarlos. En Cuba y en la provincia Pinar del Río en particular los hábitos bucales deformantes también han aumentado su prevalencia e incidencia, al convertirse en un problema de salud en la población pediátrica (9).

La prevención de estos hábitos deformantes ayuda a promover un ambiente neuromuscular normal, que contribuye a la función y el crecimiento, y no distorsiona la estructura esquelética en desarrollo (7).

## **2.1. Antecedentes**

Alemán Sánchez P, et al. (14) en su estudio realizado en Cuba durante el 2007 sobre hábitos deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años en un universo constituido por 28543 niños entre 3 y 5 años cumplidos, de los cuales se escogió una muestra de 300 niños atendidos en consultorios del médico y enfermera de la familia de los municipios San Antonio de los Baños, Santa Cruz del Norte y Mariel. El hábito de mayor prevalencia fue la succión del tete, que representó el 49% del total de niños con estos hábitos, seguidos por la respiración bucal con el 39% y la interposición lingual en deglución con el 38,5% de estos niños. Se encontró una estrecha relación entre los hábitos bucales deformantes y la presencia del escalón distal desfavorable al nivel de los segundos molares temporales, sobre todo en los hábitos de interposición lingual en deglución y en reposo.

En 2010 un estudio realizado en la Universidad Cooperativa de Colombia de Pasto, por Narváez M, et al. (15) con respecto a los hábitos orales en niños de 6 a 10 años, encontró que el 36% de la población presenta algún tipo de hábito parafuncional, evidenciándose que la onicofagia y la interposición



lingual eran los más prevalentes en el género masculino, especialmente aquellos que tenían 8 años de edad.

Reyes D, et al. (7) como resultados de su estudio realizado en Cuba durante el 2014, encontraron que en la población estudiada existió predominio del sexo femenino (60,5%), en el grupo etario de 9 años (37,2%), en quienes la succión digital y la lengua protráctil resultaron más frecuentes en un 37,1% y 20,9% respectivamente en ambos sexos.

También, León Alfonso J, et al. (2) analizaron en el 2014 la frecuencia de los hábitos bucales deformantes en 305 niños examinados. Como resultado encontraron que el 24,6% de los casos estudiados eran portadores de dichos hábitos. Se realizó la distribución de niños con hábitos bucales deformantes según edad. La mayor frecuencia se encontró en el grupo de 4 años con el 11,5%, seguidos por el de 3 años con 8,5% y en el grupo de 5 años la menor frecuencia con el 4,6%.

En la distribución de los niños con hábitos bucales deformantes según sexo se encontró que la mayor frecuencia de los hábitos se correspondió con el sexo femenino en el 13,4%, con poca diferencia del masculino que ocupó el 11,2%. Al aplicar el análisis estadístico para determinar la probabilidad de riesgo y la significación estadística, los resultados no demostraron diferencias con significación estadística. ( $p=0,3044311$ ;  $OR=0,73$ ) (2).

Se realizó la distribución de niños con hábitos bucales deformantes según tipo de hábito, como resultado se observó que el hábito de succión digital fue el más frecuente con el 11,5%, seguido por la asociación de hábitos y el empuje lingual con el 5,9%, igual para ambos. La respiración bucal ocupó la frecuencia más baja con el 1,6% (2).

Además, Díaz H, et al. (5) en su trabajo de maloclusión desarrollado en Cuba en el 2015, encontraron que la prevalencia de maloclusiones fue elevada (44,7%), siendo el sexo femenino el más afectado (55,3%). En cuanto a los factores de riesgo, los hábitos deformantes y los elementos hereditarios,



fueron los más frecuentes, representando el 64,8% y el 26,5%, respectivamente. Otro resultado significativo fue que el 22,8% de los niños presentó una higiene oral deficiente. Finalmente determinaron que las maloclusiones afectaron mayormente a las niñas, de edades entre 7 y 9 años, y que se encontraron la vestibuloversión, el apiñamiento, la mordida abierta anterior y las rotaciones dentarias, como tipos principales de maloclusión.

Arocha Arzuaga A, et al. (12) efectuaron un estudio descriptivo y transversal de 150 escolares de 6 y 7 años de edad con maloclusiones y hábitos bucales deformantes, correspondientes al segundo grado de la Escuela Primaria "Nguyen Van Troi" de Santiago de Cuba, atendidos durante 2013, para caracterizarles según variables seleccionadas. La información primaria la obtuvieron mediante el interrogatorio y el examen físico efectuado a cada paciente. Entre los principales resultados predominaron el sexo masculino (52,0%), las maloclusiones en este mismo sexo (59,3 %) y el uso del biberón como hábito deformante (41,1%). Concluyeron que, en la mayoría de los niños, las disfunciones bucales deformantes estuvieron relacionadas con la presencia de maloclusiones dentarias.

De igual forma, en el Ecuador en el año 2016, Castillo Jadán A, (8) en su trabajo descriptivo observacional y de corte transversal, realizado en tres escuelas del barrio Motupe de la ciudad de Loja período marzo- julio 2016, en 229 niños entre 4 a 10 años de edad cuyos padres firmaron el consentimiento informado; a los cuales se les realizó un examen clínico y el respectivo registro en una ficha clínica previamente elaborada para el efecto. Se pudo evidenciar que el hábito más frecuente fue la onicofagia con el 59%, seguida de la succión digital con un 18%, queilofagia con el 16% y respiración bucal con el 7%.

Chen X, et al. (16) realizaron un estudio trasversal en Beijing en el 2016 para evaluar los efectos de la duración de la lactancia materna, la duración de la alimentación con biberón y los hábitos orales sobre las características oclusales de la dentición primaria en niños de 3-6 años. Se encontró que una corta duración de la lactancia (nunca o  $\leq 6$  meses) se asoció directamente con



mordida cruzada posterior (OR = 3,13; IC95% = 1,11-8,82; p = 0,031) y sin espacio maxilar (OR = 1,63; IC95% = 1,23-2,98; p = 0,038).

En los niños amamantados durante  $\leq 6$  meses, la probabilidad de desarrollar hábitos de succión de chupete fue 4 veces mayor que para los que fueron amamantados durante  $> 6$  meses (OR = 4,21; IC95% = 1,85-9,60; p = 0,000 2). Los niños que fueron alimentados con biberón durante más de 18 meses tuvieron un riesgo 1,45 veces mayor de oclusión escalonada no medial y un riesgo 1,43 veces mayor de relación canina de clase II en comparación con aquellos que fueron alimentados con biberón durante 6-18 meses (16).

También descubrieron que los hábitos de succión no nutritivos afectan la oclusión: un hábito prolongado de succión de los dedos aumentó la probabilidad de una mordida abierta anterior, mientras que el hábito de succión del chupete se asoció con una sobrejet excesiva y la ausencia de espacio de desarrollo del arco inferior. El hábito de empuje de la lengua se asoció con mordida abierta anterior (OR = 4,21; IC95% = 1,85-9,60; p = 0,000 2) y mordida cruzada posterior (OR = 7,24; IC95% = 1,30-40,13; p = 0,024) (16).

El hábito de succionar el labio inferior se asoció con sobrejet profundo y tuvo una asociación negativa con la relación canina de clase III. La masticación unilateral se asoció con el espaciamiento en la mandibular (OR = 1,57; IC95% = 1,03-2,41; p = 0,037). La respiración bucal se asoció con rinitis crónica e hipertrofia adenoidea y se asoció con espaciamiento en el maxilar. La prueba de chi-cuadrado no indicó una asociación estadísticamente significativa entre el hábito de succión del labio superior y ninguna característica oclusal (16).

Díaz K, et al. (4) realizaron un estudio observacional descriptivo de corte transversal en Bucaramanga durante el año 2016; en 115 pacientes atendidos, en los que el 80,2% de la población presentó algún tipo de hábito parafuncional, de éstos el 56% fueron varones y 44% mujeres, el hábito más frecuente fue morder objetos 46,6%, seguido de onicofagia 39,7% y bruxismo 28,4%. Concluyendo que los hábitos se presentaron mayormente entre los 6



y los 9 años de edad siendo el más común morder objetos. En el género femenino el hábito con mayor porcentaje fue la onicofagia y en el masculino morder objetos.

## **2.2. Hábitos bucales**

El Hábito, se define como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual, a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente (8).

Los Hábitos Bucles Deformantes son aquellos que pueden producir interferencias en el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, y a consecuencia de ello, anomalías en la morfología y fisiología bucal (8)(5).

Todos los hábitos tienen su origen en el sistema neuromuscular, como reflejos de la contracción muscular, de naturaleza compleja, los cuales se aprenden en los primeros años de vida como un acto voluntario o consciente, que luego se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga (7). Los hábitos orales anómalos modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el normal crecimiento y funcionamiento de la musculatura orofacial (4).

Según Chen Xiao-xian (16) algunos de los factores biológicos como por ejemplo la alimentación insuficiente, o por factores psicológicos como la infelicidad o el miedo, pueden ser causantes de acciones espontáneas como la succión digital del pulgar o del índice, así como, mordeduras de labios, deglución atípica, interposición lingual, respiración bucal, o hábitos de masticación lateral, entre otros. Estos factores pueden interferir con el desarrollo ordenado alveolar y/o el crecimiento de los órganos dentales.





### 2.2.1. Clasificación general de los hábitos bucales

– *Hábitos beneficiosos, útiles o funcionales.*

Son aquellos cuya práctica incluye una función normal adquirida y realizada correctamente que estimula y beneficia el desarrollo. Entre estos tenemos: la masticación, la deglución, fonación y la respiración normal (3).

– *Hábitos dañinos, perjudiciales o deformantes:*

Son los que resultan de una función anormal o que se adquieren por prácticas repetidas de un acto que no es funcional ni necesario, que pueden llegar a ser lesivos a la integridad del sistema estomatognático; por ejemplo: la succión digital, el empuje lingual, la onicofagia, la queilofagia, la respiración bucal y la masticación de objetos como lápices, rota, etc. (12).

### 2.2.2. Hábitos bucales dependientes de su etiología

#### 2.2.2.1. *Instintivos:*

Como el hábito de succión, el cual es funcional en la lactancia de los neonatos, pero que puede tornarse perjudicial, si deja de cumplir su función y aun así se mantiene en el tiempo.

#### 2.2.2.2. *Placenteros:*

Algunos hábitos se tornan placenteros, como por ejemplo la succión digital.

#### 2.2.2.3. *Defensivos:*

En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc., la respiración bucal se torna un hábito defensivo.

#### 2.2.2.4. *Hereditarios:*

Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden acarrear “per se” un hábito concomitante a dicha malformación, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.

#### 2.2.2.5. *Adquiridos:*

La fonación nasal en los pacientes con labio o paladar fisurado, aún después de intervenidos quirúrgicamente, primordialmente las conocidas como golpe glótico para los fonemas “K”, “G”, “J” y para las fricativas



faríngeas al emitir la “S” y la “Ch”.

#### 2.2.2.6. Imitativos:

La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas etc. Son claros ejemplos de actitudes imitativas.

Según Fieramosca y col. (17), son varios los factores que modifican, intensifican o minimizan la acción del hábito.

### 2.2.3. Variables que influyen en la presencia de los hábitos bucales

#### 2.2.3.1. Clasificación por su duración:

- Infantil: (hasta 2 años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, no tiene efectos dañinos.
- Preescolar: (2 a 5 años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir mal posiciones dentarias en los dientes primarios. Si el hábito cesa ante de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos. Así tenemos, que la prevalencia de los hábitos relacionados a esta edad son la succión digital y del chupete (7).
- Escolar: (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir mal posición dentaria y mal formaciones dento-esqueletales. Dentro de los hábitos más comunes en este grupo podemos destacar la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica (7).

#### 2.2.3.2. Frecuencia

- Intermitente (diurno).
- Continuo (nocturno).

#### 2.2.3.3. Intensidad

- Poca intensa: presenta poca actividad muscular especialmente de los músculos buccinadores como en el caso de la succión del dedo.
- Intensa: Cuando la contracción del músculo buccinador es fácilmente apreciable.



## 2.2.4. Tipos de hábitos bucales

### 2.2.4.1. *Succión Digital*

La succión digital es un hábito frecuentemente deformante, que generalmente se inicia en el útero y continúa hasta los tres o cuatro años de edad, considerándose normal por muchos autores. Cuando persiste más allá de estas edades, se considera como un signo de ansiedad, inestabilidad, o un deseo de llamar la atención, que tiene repercusiones en el entorno social; causando alteraciones en la posición de los dientes y en la relación de las arcadas dentarias, produciendo problemas de masticación, habla y estética (18) (19).

Existen dos tipos diferentes de succionadores de dedo:

- Pasivo: que tiende a llevarse el dedo a la boca y sólo tenerlo allí.
- Activos: en donde se ejerce una presión vigorosa contra la dentición (12).

#### Clasificación:

- Succión de pulgar: se da por la introducción del dedo pulgar dentro de la boca.
- Succión de otros dedos: es la introducción dentro de la cavidad oral de los dedos, como el índice, medio, anular, combinaciones como índice y medio, medio y anular o varios dedos.
- Mal oclusiones por succión digital, según Urrieta (17):
- Succión del pulgar: los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.
- Succión del dedo índice: puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- Succión del dedo índice y medio: puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- Succión del dedo medio y anular: puede producir una mordida abierta



unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retro inclinación de los incisivos antero inferiores.

- Succión de varios dedos: producen problemas similares a los expuestos con anterioridad, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

#### 2.2.4.2. *Succión del labio o queilofagia.*

Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica, este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet (19). Los hábitos de succión están relacionados con el aumento de las alteraciones de la oclusión. El tipo de maloclusión que puede desarrollarse depende de varias condiciones tales como la posición del dedo o la mandíbula durante la succión, la fuerza del dedo, y la frecuencia y la duración de la succión (3)(20).

#### 2.2.4.3. *Deglución atípica*

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo (21).

#### Etiología

Cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados, hablamos de deglución atípica o disfuncional, también llamada interposición lingual; se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores, es decir, que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngeo laríngea de la deglución,



caracterizándose como una de las principales degluciones atípicas asociada a causa de las mal oclusiones, según Moyers (22).

Clasificación:

- Tipo I no causa deformación.
- Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución, ejerce presión sobre los dientes anteriores por su cara palatina/lingual o entre ellos.

Las deformaciones en la deglución atípica Tipo I y Tipo II son:

- Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.
- Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua, además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión).
- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior: es el mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uní o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco dental, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes de ambos arcos dentales, superior e inferior.

Las deformaciones en la deglución atípica Tipo III son:

- Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula, y la lengua es retenida en la región de los premolares.
- Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado



opuesto, también asociada a la ruptura del equilibrio muscular de ese lado.

Tipo IV con presión lingual anterior y lateral. Las deformaciones resultantes en la deglución atípica Tipo IV son:

- Mordida abierta anterior y lateral.
- Mordida abierta anterior y lateral, con vestibuloversión.
- Mordida abierta anterior y lateral, con vestibuloversión y mordida cruzada posterior (22).

#### 2.2.4.4. *Respiración bucal*

Otro de los desequilibrios miofuncionales que producen cambios en la cavidad oral, es la respiración bucal o mixta. Normalmente la respiración debe seguir la vía nasal para llegar a los pulmones, siendo necesario que esta vía esté libre de obstrucciones para cumplir su función en forma óptima. Cuando este patrón de respiración se encuentra alterado se generan una serie de modificaciones en el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales, como alteraciones en postura de cabeza y cuello, y del hueso hioideos; además, de alteraciones intraorales como maxilares estrechos, paladar ojival, una posición retrasada del maxilar inferior, el labio superior es corto y atónico, incisivos superiores protruidos, boca entreabierta, además de presentar un ángulo goniaco más obtuso, lo que favorece un patrón de crecimiento vertical (13).

#### Etiología

La etiología de las mal oclusiones es multifactorial, sin embargo, actualmente se sabe que está determinada por dos factores: la herencia y el medio ambiente, y que, de la interacción recíproca entre éstos, dependerá el desarrollo de una maloclusión (2).

Según la Dra. Andrea Alarcón nos habla en su estudio que las alteraciones que producen la respiración de tipo oral pueden dividirse en (22):



- Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral debido a qué a nivel de las fosas nasales existe un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe complementar las necesidades de forma oral.
- Por hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.

#### 2.2.4.5. *Onicofagia*

Hábito que consiste en hecho de comerse o mordisquear las uñas; puede ser de manera consciente o inconsciente. De tal manera, es muy usual en niños en edad escolar y no existe preferencia de sexo (1).

La onicofagia es la consecuencia de la reincidencia de una expresión no anhelada que por su repetición llega a instalarse y convertirse en propio. Por lo tanto, es un acto obtenido debido a la repetición proveniente de patrones neuromusculares complejos, los cuales producen un efecto en el sistema masticatorio. Con esto se quiero decir que, los hábitos nocivos son realizados de manera regular y automáticamente, por lo que las personas presentan escaso control voluntario (23).

#### 2.2.4.6. *Interposición de labios y objetos*

En el caso de la interposición de objetos dependerá de su tamaño el tipo de mordida abierta que se producirá, ya sea en el sector anterior o posterior (14) (24).

### 2.2.5. **Epidemiología de los malos hábitos bucales**

De acuerdo a varias investigaciones realizadas en Latinoamérica se puede hallar que en el 65% de los examinados presentan hábitos bucales, pero en



la edad de 10 años, lo cual puede deberse a que los hábitos se sujetan y son difíciles de eliminar (13).

Según, el hábito se determinó que el hábito más frecuente, fue la succión labial, seguido de la onicofagia (17). De acuerdo a un estudio realizado en la población de la ciudad de Loja, se determinó la prevalencia de onicofagia, sin predominio de género, en un rango de edad comprendida de 9 – 10 años (8). En cuanto a estudios a nivel internacional, Miranda et al, se observó con más frecuencia el hábito de succión labial, representado con 33% del total, siendo más frecuente en pacientes que oscilan los 8 años de edad (12).

Un estudio realizado en Cuba, año 2013 (7) se obtuvo una mayor prevalencia de deglución atípica y lengua protráctil, con un rango de edad que oscila entre 8-9 años. José León Alfonso et al, concluyeron que la succión digital ocupó la mayor frecuencia de estos hábitos (2).





## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. OBJETIVOS

##### 3.1.1. General

- Determinar la frecuencia de los hábitos bucales deformantes en pacientes tratados en la Clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, en el periodo 2011-2018.

##### 3.1.2. Específicos

1. Determinar la frecuencia de personas con onicofagia.
2. Evaluar la cantidad de personas con interposición lingual.
3. Calcular el número de personas que presentan interposición de objetos.
4. Deducir el total de pacientes que presenten queilofagia.
5. Determinar la frecuencia de pacientes que sean respiradores bucales.
6. Calcular el número de personas con succión digital.

#### 3.2. Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, de diseño descriptivo transversal que describe la frecuencia de hábitos bucales deformantes, con revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica de posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad de Cuenca, conservadas en el departamento de archivos.

#### 3.3. Universo y muestra

El universo estuvo constituido por las historias clínicas de los pacientes que habían sido diagnosticados en el área de clínica del posgrado de Ortodoncia



de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, desde 2011 a 2018 abarcando las tres Cohortes, sumando un total de 609 historias; se consideró el total de las historias clínicas para el presente estudio.

#### 3.4. Criterios de inclusión y exclusión

– **Inclusión:**

- a. Historias clínicas de los pacientes diagnosticados en las 3 cohortes realizadas en el periodo 2011 – 2018 en el área clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia

– **Exclusión:**

- a. Historias clínicas sin hoja de Diagnóstico.
- b. Historias clínicas sin datos personales.

#### 3.5. Variables y Operacionalización:

Las variables consideradas y operacionalizadas (anexo 1) para la investigación fueron:

- a. La variable sexo, que se categorizó según la información detallada en la historia clínica y se registró como:
  1. Femenino
  2. Masculino
- b. La edad del paciente se determinó según la información detallada en la historia clínica y fue registrada según los años cumplidos por el paciente y categorizada en base al Manual del Modelo de Atención Integral de Salud del MSP del 2012.
- c. Hábitos deformantes.

#### 3.6. Técnicas e instrumentos

- a. **Técnica:** revisión de los expedientes clínicos de pacientes atendido en la clínica del área de Posgrado de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.
- b. **Instrumentos:** formulario estructurado para la presente investigación, en



el que constan los ítems relacionados con las variables de estudio  
(Anexo 2)

### 3.7. Procedimientos

- Previa autorización de los Comités y autoridades pertinentes, se procedió al levantamiento de la información.
- Cada formulario de recolección de datos se llenó siguiendo cada uno de los parámetros, los mismos que son:
  - o Código: se colocó la primera letra del nombre y apellido de la carpeta que contiene la historia clínica, un número secuencial y la primera letra del primer nombre y primer apellido del paciente.
  - o Hábito: se analizó los datos presentes en la historia clínica y se marcó en el casillero correspondiente.
  - o Sexo del paciente: se procedió a analizar los datos incluidos en la historia clínica y se señaló la opción de Femenino o Masculino, de acuerdo a lo que corresponda.
  - o Edad: de acuerdo a la información de datos de filiación del paciente, se colocó la edad del paciente.

### 3.8. Plan de tabulación y análisis

- **Métodos y modelos de análisis:** se analizaron las variables de estudio mediante frecuencias y porcentajes, los resultados están presentados a través de tablas simples y gráficos estadísticos de doble entrada.
- **Programas utilizados:** en el manejo y análisis de datos se utilizaron los programas SPSS 24 y Microsoft Excel.

### 3.9. Aspectos éticos

- Se contó con la aprobación por parte del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas con el código: 2019-318EO-OD y, la autorización de la Dirección de la clínica del área de Posgrado de Ortodoncia de la



Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

- En el presente estudio se manejaron los expedientes clínicos conservados en el departamento de archivos de la clínica, no siendo necesario el consentimiento informado; sin embargo, la información recolectada se conservó, respetando el anonimato. Además, la información obtenida fue utilizada de manera exclusiva para la presente investigación.
- Por la naturaleza del estudio, no existieron riesgos para los participantes; pues la información se obtuvo de las historias clínicas con el uso de códigos en lugar de nombres. De igual forma, el manejo de la base de datos y formularios estuvo a cargo únicamente de los investigadores principales.
- El presente trabajo servirá para proporcionar al equipo médico información importante relacionada con la frecuencia de hábitos bucales deformantes en los pacientes tratados en la clínica de posgrado.
- Culminada la investigación se mantendrá en archivo la base de datos y los formularios durante un periodo de 2 años; cumplido el tiempo se eliminará la información.
- En calidad de Investigadores Principales, declaramos que no existe ningún conflicto de interés.



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

La valoración de los hábitos bucales deformantes en la población atendida en la clínica de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el período 2011 – 2018, se presentan a continuación luego del análisis estadístico pertinente:

**TABLA 1.**

**Distribución de 609 pacientes tratados en la Clínica de Posgrado, especialidad de Ortodoncia, Universidad de Cuenca, según edad. 2011 – 2018**

Variable	N	%
<b>Edad</b>		
≤ 19	497	81,6
20 – 39	104	17,1
40 y más	8	1,3
<b>Total</b>	<b>609</b>	<b>100</b>

**Fuente:** base de datos

En la población estudiada, existe predominio del grupo etario comprendido entre la niñez y adolescencia (25), con una media de edad de 15,68 años, una edad mínima de 6 y una máxima de 56, un DS 6,69; mayoritariamente femenina, teniendo una relación aproximada de 3:1 con los demás grupos poblacionales.

**TABLA 2.**

**Distribución de 609 pacientes tratados en la Clínica de Posgrado, especialidad de Ortodoncia, Universidad de Cuenca, según sexo. 2011 – 2018**

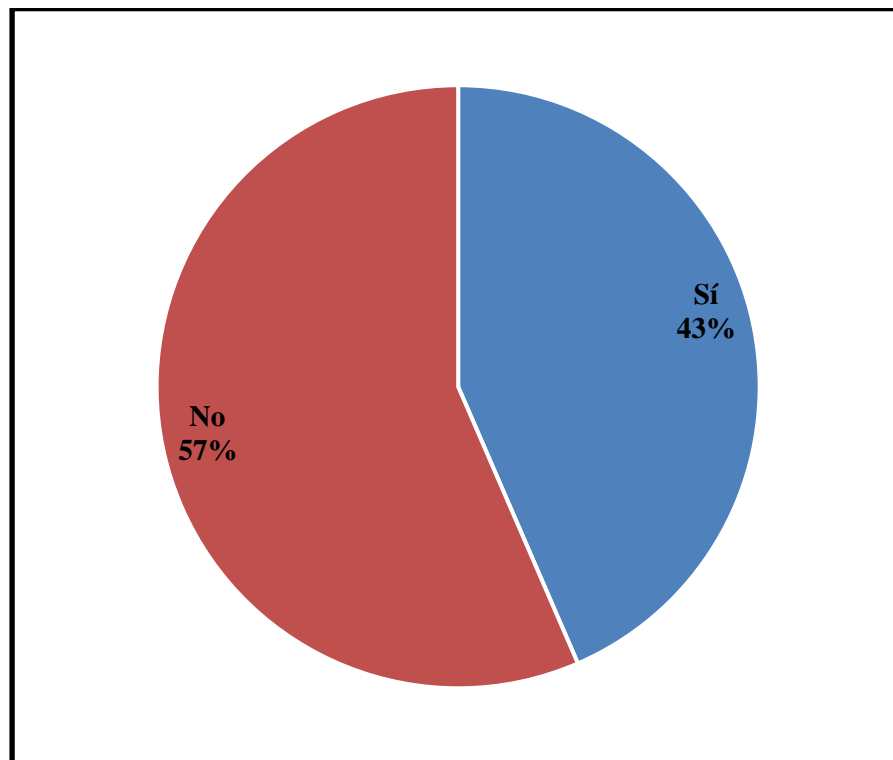
Variable	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	249	40,9
Femenino	360	59,1
<b>Total</b>	<b>609</b>	<b>100</b>

**Fuente:** base de datos

La población que es tratada en la clínica de posgrado es mayoritariamente femenina en una proporción de 2 a 1 con el masculino.

**GRÁFICO 1.**

**Prevalencia de hábitos bucales deformante en la población tratada en la Clínica de Posgrado, especialidad de Ortodoncia, Universidad de Cuenca. 2011 – 2018**



**Fuente:** base de datos



La prevalencia de hábitos bucales deformante en la población tratada en la clínica de posgrado es de 43,5%, que comparada con las reportadas internacionalmente presenta semejanzas estadísticas.

**TABLA 3.**

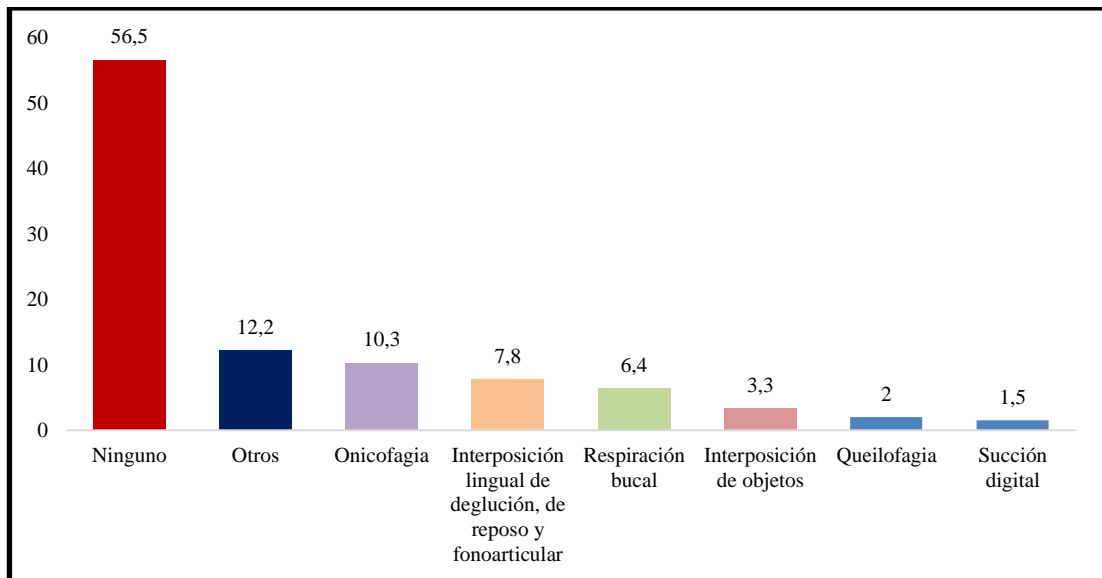
**Distribución de 609 pacientes tratados en la Clínica de Posgrado, especialidad de Ortodoncia, Universidad de Cuenca, según hábito bucal deformante. 2011 – 2018**

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hábito bucal deformante</b>		
- Ninguno	344	56,5
- Onicofagia	63	10,3
- Interposición lingual de deglución, de reposo y fonoarticular	48	7,8
- Interposición de objetos	20	3,3
- Queilofagia	12	2
- Respiración bucal	39	6,4
- Succión digital	9	1,5
- Otros	74	12,2
<b>Total</b>	<b>609</b>	<b>100</b>

**Fuente:** base de datos

## GRÁFICO 2

**Distribución de 609 pacientes tratados en la Clínica de Posgrado, especialidad de Ortodoncia, Universidad de Cuenca, según hábito bucal deformante. 2011 – 2018**



**Fuente:** base de datos

Del 43,5% de la población que presentan hábitos bucales deformantes, el 10,3% presenta Onicofagia, 7,8% interposición lingual, el 6,4% respiración bucal; la interposición de objetos tan solo un 3,3%, seguida de la queilofagia 2% y la succión digital 1,5%.



**TABLA 4.**

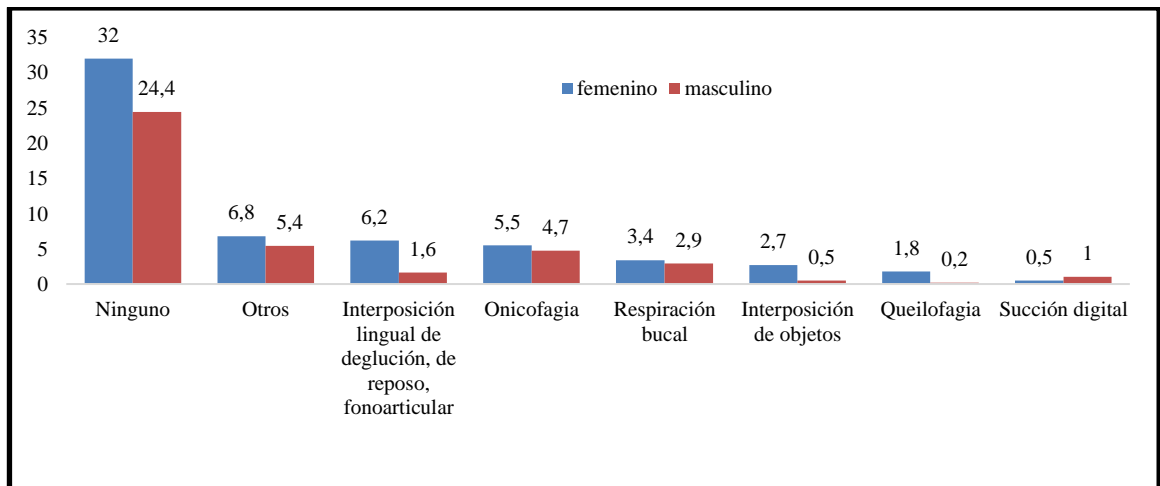
**Distribución de 609 pacientes tratados en la Clínica de Posgrado, especialidad de Ortodoncia, Universidad de Cuenca, según sexo y hábito bucal deformante. 2011 – 2018**

Hábito bucal deformante	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
- Ninguno	195	32	149	24,4	344	56,5
- Onicofagia	34	5,5	29	4,7	63	10,3
- Interposición lingual de deglución, de reposo, fonoarticular	38	6,2	10	1,6	48	7,8
- Interposición de objetos	17	2,7	3	0,5	20	3,3
- Queilofagia	11	1,8	1	0,2	12	2
- Respiración bucal	21	3,4	18	2,9	39	6,4
- Succión digital	3	0,5	6	1	9	1,5
- Otros	41	6,8	33	5,4	74	12,2
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>59,1</b>	<b>249</b>	<b>40,9</b>	<b>609</b>	<b>100</b>

Fuente: base de datos

**GRÁFICO 3**

**Distribución de 609 pacientes tratados en la Clínica de Posgrado, especialidad de Ortodoncia, Universidad de Cuenca, según sexo y hábito bucal deformante. 2011 – 2018**



**Fuente:** base de datos

En relación a la distribución de los hábitos bucales deformantes vs el sexo, se observó como las mujeres presentan interposición en un 6,2%. Además, la onicofagia es otro hábito prevalente en la población femenina estudiada en un 5,5%; reflejando semejanzas con el estudio realizado por Narváez M, et al. (15). Por lo tanto, la interposición lingual de deglución, de reposo y fonoarticular; así como la onicofagia, se constituyen en los principales hábitos bucales deformantes, siendo además un factor de riesgo para la población estudiada.



## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

La maloclusión ha constituido un problema de salud bucal, muy importante, en especial cuando se trata de evaluar su magnitud en función de las necesidades de tratamiento. Sin embargo, este problema se origina con la repetición de sucesos que al inicio pueden ser voluntarios y conscientes para luego transformarse en involuntarios e inconscientes. Los hábitos bucales deformantes son considerados como la principal causa para la generación de maloclusión bucal y las complicaciones funcionales y estéticas que esta genera.

La tendencia de los hábitos bucales deformantes en relación con la edad es al aumento, es decir a mayor edad mayor desarrollo de hábitos bucales deformante; este comportamiento podría cambiar a medida que se detecten precozmente interferencias u otras alteraciones que impidan el crecimiento de los maxilares, las cuales se pueden observar mayormente en grupos con dentición mixta y coincide con el tiempo, donde es mejor intervenir y corregir hábitos tempranamente con resultados muy satisfactorios.

Por lo tanto, los hábitos bucales son la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales; así, el grado de alteración dependerá de la duración, intensidad y frecuencia de estos hábitos. El resultado obtenido en cuanto al tipo de oclusión y la presencia o no de hábitos deformantes puede estar relacionado con la causa de la maloclusión y, de hecho, con la aparición de este trastorno.

En esta casuística, se planteó la realización del presente trabajo de investigación, en el que la prevalencia de hábitos bucales deformantes fue del 43,5% con predominio del sexo femenino (59,1%), compartiendo similitud con los resultados obtenidos por Reyes D, et al. (7) en donde el sexo femenino (60,5%) fue el grupo mayoritario; empero, en el estudio realizado por Arocha Arzuaga A, et al. (12) prevaleció el sexo masculino (52,0%). De forma



diferente Díaz K, et al. (4) encontraron que el 80,2% de su población tenían algún tipo de hábito parafuncional o deformante, de éstos el 56% fueron varones.

En relación con la edad, la población atendida en la clínica de posgrado, presentó predominio del grupo etario comprendido entre los 6 a 19 años (81,6%), con una media de edad de 15,68 años, una edad mínima de 6 y una máxima de 56, un DS 6,69. Resultados similares a los reportado por Narváez M, et al. (15) con respecto a los hábitos orales en niños de 6 a 10 años con un 36%.

También, León Alfonso J, et al. (2) analizaron la frecuencia de los hábitos bucales deformantes en 305 niños examinados. Como resultado encontraron que el 24,6% de los casos estudiados eran portadores de dichos hábitos. Se realizó la distribución de niños con hábitos bucales deformantes según edad. La mayor frecuencia se encontró en el grupo de 4 años con el 11,5%, seguidos por el de 3 años con 8,5% y en el grupo de 5 años la menor frecuencia con el 4,6%; mostrando como se puede observar diferencias con la población del presente estudio.

Castillo Jadán A, (8) pudo evidenciar que el hábito más frecuente en su población fue la onicofagia con el 59%; hábito bucal deformante que de igual forma ocupó el primer lugar en el estudio realizado en la clínica de Ortodoncia de la Universidad de Cuenca con un 10,3%. Mientras que Díaz K, et al. (4) presentó como hábito principal el morder objetos 46,6%, seguido de onicofagia 39,7%.

Además, se encontró que el 7,8% de la población estudiada en la clínica de Ortodoncia presentaban interposición lingual, seguida de la respiración bucal en un 6,4% como hábitos prevalentes dentro del grupo investigado; reflejando semejanzas con el estudio realizado por Narváez M, et al. (15). Por otra parte, la distribución de los hábitos bucales deformantes relacionados con el sexo, reveló como las mujeres presentan interposición en un 6,2% y onicofagia en un 5,5%. Sin embargo, Castillo Jadán A, (8) de forma diferente pudo



evidenciar que los hábitos más frecuente luego de la onicofagia fueron la succión digital con un 18%, queilofagia con el 16% y respiración bucal con el 7%.



## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1. Conclusiones

- La prevalencia de hábitos bucales deformante en la población tratada en clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca fue de 43.5%.
- La frecuencia de pacientes con onicofagia en la clínica de Posgrado es de 10,3%.
- La cantidad de personas con interposición lingual en el presente estudio fue de 48 que corresponde al 7,8%.
- El número de personas que presentan interposición de objetos es de 20, lo que equivale al 3,3%.
- La queilofagia representa el 2% dentro del estudio, como uno de los hábitos bucales deformantes identificados.
- La frecuencia de pacientes con respiración bucal fue de 6,4%.
- La succión digital en la población estudiada representó el 1,5% de los hábitos deformantes.

#### 6.2. Recomendaciones

- Difundir el presente informe de investigación en las Instituciones de Salud y en las de Educación Superior encargadas de la formación de los profesionales odontólogos, para que visualicen la realidad estadística de los hábitos bucales deformante y la importancia que conlleva identificarlos y tratarlos de forma oportuna.
- Plantear estrategias educativas de intervención hacia la comunidad, quienes también puedan participar en la identificación de estos hábitos en la población infantil; pues en esta edad pueden ser tratados oportunamente y con ello se evitaría complicaciones funcionales y estéticas a largo plazo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina C, Laboren M, Vilorio C, Quirós O, Jurisic A, Alcedo C, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria [Internet]. [citado 9 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
2. León Alfonso J, Carvajal Roque Y, Pérez Hermida N, Rodríguez Martín O. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. MediCiego [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 9 de enero de 2020];20(1). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/181>
3. Verdeguer Huaco CE, Zambrano Matamoros GX. Hábitos bucales más frecuentes, causantes de las maloclusiones dentarias en niños atendidos en la Clínica de Odontopediatría Facultad de Odontología Universidad Estatal de Guayaquil periodo lectivo 2014-2015. junio de 2015 [citado 8 de enero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18702>
4. Díaz Fuentes KJ, Duarte Ballén LP, Plata Rodríguez C. Descripción de hábitos orales parafuncionales en niños atendidos en las clínicas del niño de la universidad santo Tomás. Instname Universidad St Tomás [Internet]. 2016 [citado 8 de enero de 2020]; Disponible en: <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/9357>
5. Díaz Méndez H, Ochoa Fernández B, Paz Quiñones L, Casanova Sales K, Coca García Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. MediSur. agosto de 2015;13(4):494-9.
6. Jiménez Palacios C, Villarroel Dorrego M, Pérez C, Bauce B, Córdova M. Factores que influyen en la prevalencia de patologías bucales de tejidos blandos y duros de niños y adolescentes - Revisión de la literatura [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art-21/>



7. Reyes Romagosa DE, Torres Pérez I, Quesada Oliva LM, Milá Fernández M, Labrada Estrada HE. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. MEDISAN. mayo de 2014;18(5):606-12.
8. Castillo Jadán AK. Hábitos bucales deformantes en niños de tres escuelas del Barrio Motupe de la ciudad de Loja. Periodo marzo-julio 2016. 2016 [citado 9 de enero de 2020]; Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/16803>
9. Rodríguez García NM, Horta Muñoz DM, Vences Reyes N. Tratamiento de hábitos deformantes bucales en niños de 4 a 13 años con auriculoterapia. Arch Méd Camaguey. 2017;21(6):720-52.
10. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. MSP. :38.
11. Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca. Sistemas para la gestión de la Investigación [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.ucuenca.edu.ec/investigacion/gestion-de-la-investigacion/sistema-de-gestion-de-la-investigacion>
12. Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez MS, Pérez Pérez Y, Granados Hormigó AE. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MediSan. 25 de abril de 2016;20(04):426-32.
13. Reni Muller K, Piñeiro S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de marzo de 2014;25(2):380-8.
14. Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Rev Cuba Estomatol. junio de 2007;44(2):0-0.
15. Narvárez Sierra MF, Muñoz Eraso YA, Villota Bravo CD, Mafla Chamorro AC. Oral Habits in 6-10 years Children from the Itsin School of Pasto. Univ Salud. 2010;12(1):27-33.





16. Chen XX, Xia B, Ge LH, Yuan JW. [Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and oral habits on the occlusal characteristics of primary dentition]. Beijing Da Xue Xue Bao. 18 de 2016;48(6):1060-6.
17. Fieramosca F, Lezama E, Manrique R, Quirós O, Farias M, Rondón S, et al. La función respiratoria y su repercusión a nivel del Sistema Estomatognático [Internet]. [citado 9 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/art-5/>
18. Flórez Tapias MÁ, Grillo Santander JS, Reyes Serrano C. Manejo del Hábito de Succión Digital en niños de 2 A 15 Años: Revisión Narrativa:56.
19. González MF, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica [Internet]. [citado 9 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/>
20. Corrales León AL, Duque Alberro Y, Serrano Fernández D, Crespo González JO. Tratamiento de hábitos bucales deformantes con técnica de auriculoterapia. Rev Cienc Médicas Pinar Río. diciembre de 2014;18(6):1027-35.
21. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones [Internet]. [citado 9 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
22. Alarcón-Amaya A. Deglución atípica: revisión de la literatura. Acta Odontol Venez [Internet]. 2013 [citado 9 de enero de 2020]; Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp>
23. Ojeda Léonard C, Espinoza Rojo A, Biotti Picand J. Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral. abril de 2014;7(1):37-42.
24. Ruiz Espinoza XP. Frecuencia del bruxismo nocturno en escolares. 13



de septiembre de 2019 [citado 8 de enero de 2020]; Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44273>

25. Manual\_MAIS-MSP12.12.12.pdf [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en:  
[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

## ANEXOS

## Anexo 1: Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació.	Tiempo en años	– Años cumplidos desde nacimiento registrado en el documento de identidad.	<b>Numérica</b>
<b>Sexo</b>	Situación orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Fenotipo	– Condición de ser hombre o mujer referido por la persona	<b>Nominal</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Masculino</li><li>• Femenino</li></ul>



<b>Hábito bucodeformante</b>	Son aquellos que pueden producir interferencias en el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, y a consecuencia de ello, anomalías en la morfología y fisiología bucal	Biológica	– Historia clínica	<b>Nominal</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Queilofagia</li><li>• Onicofagia</li><li>• Succión digital</li><li>• Interposición de objetos</li><li>• Bruxismo</li><li>• Respiración Bucal</li><li>• Succión lingual</li><li>• Interposición lingual</li></ul>
------------------------------	--	-----------	--------------------	---

**Elaborado por:** Raúl Alexander Matute Pinos, Angélica Belén Alvarado Urgilez



## ANEXO 2

Universidad de Cuenca  
Facultad de Odontología

---

### FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

---

**FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN PACIENTES TRATADOS EN LA CLÍNICA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA EN EL PERIODO 2011-2018**

Código: \_\_/\_\_/\_\_/\_/

1. Edad en años: (    )
2. Sexo: M 1 (    )    F 2 (    )
3. Hábitos deformantes    Sí 1 (    )    No 2 (    )

**En caso afirmativo, a continuación marque con una X en el hábito que corresponda de acuerdo a las características**

- *Onicofagia* (    )
- *Interposición lingual* (    )
- *Interposición de objetos* (    )
- *Interposición labial* (    )
- *Respiración bucal* (    )
- *Respiración mixta* (    )
- *Succión lingual* (    )
- *Succión digital* (    )



### ANEXO 3

### PRESUPUESTO

<b>RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS</b>
<b>Recursos materiales (expresado en dólares):</b>
-Impresiones. \$ 40
-Copias \$ 20
-Tableros \$ 4
-Esferos \$ 2
-Corrector de esfero \$ 2
Total: 68 dólares americanos (USD)
<b>Recursos humanos:</b>
Sr. Raúl Alexander Matute Pinos
Srta. Angélica Belén Alvarado Urgilez
Dr. Manuel Estuardo Bravo – director de proyecto.

**ANEXO 4****CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Actividad	2019			
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Desarrollo del protocolo y aprobación por parte de la Dirección de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.	✓	✓		
Análisis y recolección de datos de las historias clínicas.		✓	✓	
Tabulación de datos			✓	
Análisis estadístico e interpretación de resultados			✓	
Redacción y entrega del informe final (tesis)			✓	✓