

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y

SALUD PÚBLICA

TESIS

**Mal oclusión adquirida, hereditaria y hábitos
anormales en niños de 6 a 10 años del municipio
de la Concordia Chiapas**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA:

Brenda Karina Guerrero Mendoza

Jorge Mixael Gómez Zúñiga

Asesores

Mtro. Rey Arturo Zebadua Picone

Mtro. Vicente Alberto Castillo Roveló

Dr. Ángel Gutiérrez Zavala

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 01 de Marzo de 2022



Índice	
Agradecimientos	2
I. Planteamiento del problema	3
II. Objetivos	3
2.1.Objetivo General	3
2.2.Objetivos específicos	3
III. Justificación	4
IV. Marco Teórico	5
V, Material y Método	16
5.1. Lugar del estudio	16
5.2. Tipo de estudio	16
5.3. Universo del estudio	16
5.4. Criterios de inclusión y exclusión	16
5.5. Variables	16
5.6. Operacionalización de las variables	16
VI. Resultados	18
VII. Conclusión	26
VIII. Propuestas	27
IX. Anexos	28
X. Bibliografía	30

Agradecimientos

A Dios

Por todas las bendiciones que me ha dado, solamente él conoce mi esfuerzo y dedicación, me ha dado la fortaleza y sabiduría para realizar mi trabajo. Le debo todo lo que soy.

A mi familia

Por su infinita paciencia y amor, a mis padres que son dos hermosos regalos del cielo que han guiado mi camino, a los cuales les debo lo que soy.

I. Planteamiento del problema

En esta investigación local sobre problemas dentales en infantes, en la actualidad se presentan millones de casos con este tipo de problema y por ello tiene como objetivo determinar causas más comunes, las prevenciones que se han realizado y el conocimiento que tiene los padres sobre este tipo de problemas. Y así con esto dar a conocer cómo afecta a futuro la mal oclusión. La prevalencia de maloclusiones en esta población de estudio, según criterios de Angle, fue la clase I en 55.2%; de acuerdo con los de la OMS, la de mayor frecuencia corresponde al código 1 de anomalías discretas en 70.7%. La prevalencia de actitudes posturales incorrectas fue de 52.5%. Los resultados mostraran que cuando estén presentes las alteraciones posturales hay presencia de maloclusiones.

II. Objetivos

2.1. Objetivo General

Identificar la mal oclusión adquirida, hereditaria y hábitos anormales en niños de 6 a 10 años del municipio de la Concordia Chiapas

2.2. Objetivos Específicos

- Oclusiones más frecuentes presentadas en los niños
- Cuanto saben los padres sobre la dentición decidua
- Dientes más afectados debidos a los malos hábitos
- Identificar problemas más frecuentes con el uso del biberón
- Determinar el conocimiento sobre los accidentes dentales

III. Justificación

En la niñez se presentan varios problemas con la oclusión debido al descuido, desconocimiento y desinterés de los padres hacia la dentición primaria, los factores que lo provocan. El pobre desarrollo de los maxilares y el apiñamiento severo son unas de las características más frecuentes en los niños. Esta situación se ha considerado in problema de salud pública debido a la proporción de niños con este problema y de gran trascendencia debido que con forme aumente la edad y no se resuelva el problema, los citados niños tendrán problemas con los maxilares. Esta investigación será de gran importancia para sus servidores ya que servirá para obtener el título de licenciados en cirujanos dentista

IV. Marco teórico

4.1. Marco conceptual

El hábito es cualquier acto adquirido a través de la experiencia y realizado de forma regular e inconsciente. Los hábitos parafuncionales son el resultado de la alteración de una función normal, adquirida por la práctica repetida de un acto que no es funcional o necesario por lo tanto los hábitos orales son patrones de contracción muscular aprendidos y tienen una naturaleza muy compleja. La respiración bucal y los malos hábitos pueden considerarse factores de riesgo de maloclusión, pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas. Los hábitos orales anormales modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre si interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las maloclusiones como problema de salud pública variable. Que ocupa el tercer lugar en prevalencia de anomalías orales asociado a diferentes factores de riesgo como el genético y ambiental. Se llevo a cabo un estudio, en el cual se encontró que la onicofagia y el chuparse los dedos fueron los hábitos más frecuentes y se observó que estaban relacionados con la estructura familiar, siendo los niños de familias monoparentales los que mostraron una mayor prevalencia. (Murrieta J, y cols, 2013) Se realizaron estudios transversales en 147 niños de ambos sexos, de edades entre 2 y 15 años. Los hábitos perniciosos más prevalentes en la población estudiada fueron la interposición lingual y la succión del pulgar, lo que causó una mordida 8 abierta anterior y se encontró que la respiración bucal tiene una relación con la

mordida cruzada posterior. (Mendoza Oropeza L, y cols, 2014). Hábitos orales y lo que provocan Las anomalías dentomaxilares son afecciones del desarrollo, en la mayoría de los casos, la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal, que suelen ser causadas por malos hábitos orales. Si bien no producen un riesgo vital, son unos de los problemas percibidos por la población general, pues afectan la estética y funcionalidad del aparato estomatognático, por la falta de armonía entre los maxilares y/o entre los maxilares y las piezas dentarias, afectan muchas veces la relación de los niños con sus padres. Dentro de la cavidad oral podemos encontrar la presencia de malos hábitos orales, quienes son de gran importancia en el desarrollo de las maloclusiones. Se sabe que las deformaciones dento-esqueléticas que producen estos hábitos dependerán del tiempo, la intensidad, y frecuencia de estos, ya que si se prolongan en el tiempo alteran el crecimiento y desarrollo craneofacial y son de gran importancia en establecimiento o severidad de las anomalías dentomaxilares. Existen dos tipos de hábitos: fisiológicos y no fisiológicos. -Hábitos fisiológicos: Son aquellos que nacen con el individuo, dentro de estos se encuentra el mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal. - Hábitos no fisiológicos: Son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión de dedo, deglución atípica y la respiración bucal, entre otros.

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores: 1.- El primero, sería la edad en que se inicia, esto quiere decir que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, que a edades

tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable. 2.- Segundo, el tiempo, ya sea minutos u horas, que dura el mal hábito. 3.-Tercero, la frecuencia de este, es decir el número de veces al día. Tipos de hábitos orales Hábitos de succión Los hábitos de succión en recién nacidos y niños derivan principalmente de necesidades biológicas de los nutrientes. La succión no nutritiva de dedos, chupete y otros objetos no relacionados con la ingesta de nutrientes se considera una actividad normal en el desarrollo fetal y neonatal. Se inicia en el útero y persiste hasta los 12 meses de edad, siendo la necesidad de succionar más intensa en los primeros meses de vida. Este reflejo primario de succión permite al recién nacido alimentarse y sobrevivir, además le calma y le conforta. Aunque los hábitos de succión son normales en los lactantes y niños pequeños, si éstos se prolongan en el tiempo pueden tener consecuencias en las estructuras orofaciales y en el desarrollo de la oclusión. Succión digital Casi todos los niños realizan algún tipo de succión no nutritiva: chuparse el pulgar, otro dedo o algún objeto de forma parecida.

La malformación maxilofacial que se desarrolla con la succión del pulgar es en la mayoría de los casos más significativa que aquella producida por succión de chupete. Se cree que cuando el niño está aburrido, ansioso o cansado es cuando persiste la succión digital, este hábito consiste en introducir el pulgar profundamente, tocando el paladar plenamente y los incisivos inferiores están en contacto en su borde incisal con el nudillo del pulgar. Succión de chupete Se ha asociado de manera significativa el uso de chupete y la mordida cruzada posterior, especialmente cuando el hábito se prolongó más allá de los 36 meses. Se considera que tal relación se debe a que la posición bucal del chupete conlleva un desplazamiento de

la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos orbiculares y buccinador. mostraron que el uso de chupete prolongado, 24 a 36 meses, resulta en un aumento de la prevalencia de la mordida cruzada posterior a la edad de 5 años al comparar con el grupo con hábitos de succión por periodo más corto o sin historia de succión Los niños succionadores, además sufren alteraciones de la flora bacteriana y pueden presentar respiración bucal. Interposición de labio inferior.

En los casos de pacientes con interposición (o succión de) labio inferior, el niño apoya el labio inferior sobre los incisivos inferiores, dejando los incisivos superiores entre los labios. Deglución atípica e interposición lingual La interposición lingual se basa en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias en la zona anterior (incisivos) o posterior (molares), observada en reposo o en alguna función como la deglución o fonarticulación. Deglución atípica: llamada también interposición lingual se origina por la interrupción de la lengua entre los dientes al momento de deglutir.

La Respiración bucal es 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 n el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales, como alteraciones en postura de cabeza y cuello, y del hueso hiodes, además de alteraciones intraora-les 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.

Onicofagia Se define como una costumbre de incidir, cortar, roer las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones.

Bruxismo En la mayoría de los estudios revisados se describe el bruxismo como una para función donde la mandíbula realiza movimientos no funcionales durante el día y/o la noche de forma voluntaria o involuntaria.

Finalmente, los hábitos bucales son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden por repetición y llegan a convertirse en inconscientes, se llegan a presentar en los primeros años de vida. Existen diferentes tipos de hábitos que van a provocar distintos tipos de maloclusiones, las causas más frecuentes llegan a ser por violencia o desapego de los padres que afecta a los niños.

Por lo tanto, es importante retirarlos a tiempo para evitar daños mayores. Existe la falta de información sobre la etiología psicológica de los hábitos orales que creemos que es importante para el ámbito de prevención, para poder diagnosticar y tratar con técnicas psicológicas para evitar problemas oclusales severos. (Muller K, y cols, 2014).

Encontramos mucha información sobre los diferentes tipos de hábitos orales que pueden llegar a afectar la oclusión. Justo como se mencionan, los niños practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a un entorno familiar violento, falta de atención de padres, falta de madurez emocional o bien en los cambios del ambiente familiar y que en otros artículos no se menciona está

etiología. Así como también falta información sobre posibles tratamientos psicológicos para poder eliminar estos hábitos sin necesidad de usar aparatos traumáticos para el niño. Es importante que esta información se conozca para que los índices de maloclusión por causa de estos malos hábitos se reduzcan, ya sea previniéndolos o tratarlos en una etapa temprana.

Tipos de oclusión

Clasificación de la maloclusión.

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no solo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.

La maloclusión es una condición patológica que se caracteriza por la relación anormal entre las piezas dentarias, con los demás dientes en el mismo arco y con las del arco antagonista. A lo largo del siglo XIX, sería Edward H. Angle -en su libro "mal oclusiones de los dientes", publicado en 1907- quien organizaría los criterios dispersos y formularía principios exactos de diagnóstico. (Rodríguez, M. 2001) Angle, y particularmente su sencilla clasificación de las mal oclusiones iban a constituir un notable progreso para el estudio de estas entidades patológicas.

Clase 1 Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares.

En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior la maloclusión está confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos. En un gran porcentaje de casos de maloclusión, los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco. En estos casos los labios sirven como un factor constante y poderoso en mantener esta condición, usualmente actuando con igual efecto en ambos arcos y combatiendo cualquier influencia de la lengua o cualquier tendencia inherente por parte de la naturaleza hacia su auto corrección. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados.. El perfil facial puede ser recto.

Clase 2 Cuando por cualquier causa los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Y así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula. Existen 2 subdivisiones de la clase 2, cada una teniendo una subdivisión. La gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruidos.

División 1 Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Encontramos el arco superior angosto y contraído en forma de V, incisivos protruidos, labio superior corto e hipotónico, incisivos inferiores extruidos, labio inferior hipertónico, el cual descansa entre los incisivos superiores e inferiores, incrementando la protrusión de los incisivos

superiores y la retrusión de los inferiores. No sólo los dientes se encuentran en oclusión distal sino la mandíbula también en relación a la maxila; la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal . El sistema neuromuscular es anormal; dependiendo de la severidad de la maloclusión, puede existir incompetencia labial. La curva de Spee está más acentuada debido a la extrusión de los incisivos por falta de función y molares intruidos. Se asocia en un gran número de casos a respiradores bucales, debido a alguna forma de obstrucción nasal. El perfil facial puede ser divergente anterior, labial convexo. Subdivisión: Mismas características de la división 1, excepto que la oclusión distal es unilateral.

División 2 Caracterizada específicamente también por la oclusión distal de los dientes de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, indicada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en vez de protrusión de los incisivos superiores¹⁶ Generalmente no existe obstrucción nasofaríngea, la boca generalmente tiene un sellado normal, la función de los labios también es normal, pero causan la retrusión de los incisivos superiores desde su brote hasta que entran en contacto con los ya retruidos incisivos inferiores, resultando en apiñamiento de los incisivos superiores en la zona anterior. La forma de los arcos es más o menos normal, los incisivos inferiores están menos extruidos y la sobremordida vertical es anormal resultado de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo.

Subdivisión Mismas características, siendo unilateral.

Clase 3 Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser divergente posterior, labial cóncavo. Subdivisión Mismas características, siendo unilateral.

Epidemiología de las maloclusiones “La Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más frecuentes y son consideradas como uno de los denominados “problemas de salud”. La prevalencia de la maloclusión y la distribución de los diferentes tipos, varía en función de las razas y etnias. Los restos esqueléticos encontrados indican que la prevalencia actual de la maloclusión es mayor que la de hace 1.000 años. Los fósiles demuestran las tendencias evolutivas que han influido en la dentición actual a lo largo de muchos milenios, incluyendo una disminución en el tamaño de los maxilares que si no va acompañada de una disminución en el tamaño y el número de los dientes, puede producir problemas de apiñamiento y mala alineación”.

Existen evidencias de que la maloclusión es mayor en los grupos urbanos que en los rurales. Se ha observado una mayor prevalencia de apiñamiento, mordidas

cruzadas posteriores y discrepancias de segmentos bucales en los jóvenes de las ciudades en comparación con los de las zonas rurales de Punjab, en la India.

En Estados Unidos de Norteamérica, se publicaron dos estudios en la década de los 70 que sostenían que el 75% de los niños y jóvenes norteamericanos tienen cierto grado de desarmonía oclusal. De todos los niños, un 40% tienen irregularidades en el alineamiento dentario; el 17% tiene protrusión significativa de los incisivos superiores; el 20% tiene una relación molar de Clase II; mientras que el 5% tiene una relación molar de Clase III; el 4% tiene una mordida abierta anterior”.

En Venezuela se han realizado pocos estudios epidemiológicos. D'Escrivan de Saturno encontró que el 77% de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión. De esta población, el 57,5% podía ser clasificada como maloclusión Clase I; el 12,3% eran Clase II División 1; el 3,6% constituían Clase II División 2 y el resto, 3,8% se diagnosticaron como Clase III”.

Betancourt en un estudio epidemiológico realizado en dos zonas rurales venezolanas, encontró que el 62,28% podían ser clasificados como Clase I; el 9,9% como Clase II y el 1,2% como Clase III.

En Colombia un estudio epidemiológico realizado en Francisco de La Villota (sector público) del Corregimiento de Genoy, municipio de Pasto (Colombia) donde la prevalencia de caries fue del 88%. Las alteraciones de la oclusión que se presentaron con mayor frecuencia fueron la mordida abierta anterior (10%; con mayor frecuencia en mujeres sin diferencias significativas) y mordida cruzada anterior (9,6% con mayor prevalencia en mujeres y diferencias significativas $p <$

0,05). Los hábitos que presentaron mayor frecuencia fueron: deglución atípica (38%), dificultad en la pronunciación (19%) y onicofagia (15%). Las mujeres presentaron mayor frecuencia de relación molar clase I y los hombres mayor frecuencia de clase II y clase III. (Solarte J. 2011)

V. Material y Método

5.1. Lugar del estudio

El estudio se realizó en la escuela primaria Miguel Hidalgo y Costilla la cual se encuentra ubicada en la cabecera municipal de la concordia Chiapas. Es una escuela considerada completa, es decir que cuenta con todos los grados de la primaria.

5.2. Tipo de estudio

El tipo de estudio realizado es considerado de tipo transversal y descriptivo, lo que únicamente se describen las variables de tipo poblacional y de exploración bucal, así mismo el estudio se realizó en un periodo de tiempo durante el servicio social realizado por los sustentantes.

5.3. Universo de estudio

Se consideró estudiantes de nivel primaria que cursen los segundo al quinto grados siendo un total de 192

5.4. Criterios

5.4.1. Criterios de inclusión

- Niños que quieran participar en el estudio
- Niños que cursen de segundo a quinto grado
- Niños que tengan una edad de 6 a 10 años
- Padres que den consentimiento al niño

5.4.2. Criterios de exclusión

- Niños renuentes
- Niños que cursen primer y sexto grado

- Niños que no tengan de 6 a 10 años de edad
- Padres renuentes

5.5. Variables

- Niño de primaria
- Edad
- Sexo
- Dientes deciduos
- Accidente dental
- Visita al odontólogo
- Uso de biberón o Chupón
- Conocimiento sobre higiene oral

5.6. Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Fuente de información
Niño de primaria	Cualitativa	Nominal	No. Y % de niños por grado escolar	Cédula de captura de datos
Edad	Cuantitativa	Ordinal	No. Y % de niños por edad	Cédula de captura de datos
Sexo	Cualitativa	Nominal	No y % de niños por sexo	Cédula de captura de datos
Dientes deciduos	Cualitativa	Nominal	No y % de conocimiento	Cédula de captura de datos
Accidente dental	Cualitativa	Nominal	No y % de niños con accidente dental	Cédula de captura de datos

Visita al odontólogo	Cualitativa	Nominal	No y % de visita al odontólogo	Cédula de captura de datos
Uso de biberón o Chupón	Cualitativa	Nominal	No. Y % de niños que usaron biberón o chupón	Cédula de captura de datos
Conocimiento sobre higiene oral	Cualitativa	Nominal	No. y % de niños con conocimiento sobre higiene oral	Cédula de captura de datos

VI. Resultados

Cuadro No. 1

Edad de los niños de la Escuela Miguel Hidalgo y Costilla de la Concordia Chiapas

Edad	No.	%
6 años	16	8.3
7 años	20	10.4
8 años	27	14.0
9 años	20	10.4
10 años	109	56.7
total	192	100

Fuente: Cédula de Captura de datos

En relación al cuadro No.1 se aprecia que el mayor número de niños (56.7%) cursan entre el quinto y sexto año de primaria y tienen alrededor de 10 años de edad. Y el menor porcentaje recae en los primeros años de educación escolar primaria de 6 años de edad.

Cuadro No. 2

Sexo de los niños de la Escuela Miguel Hidalgo y Costilla de la Concordia Chiapas

Sexo	No	%
Masculino	51	26.5
Femenino	141	73.4
total	192	100

Fuente: Cédula de captura de datos

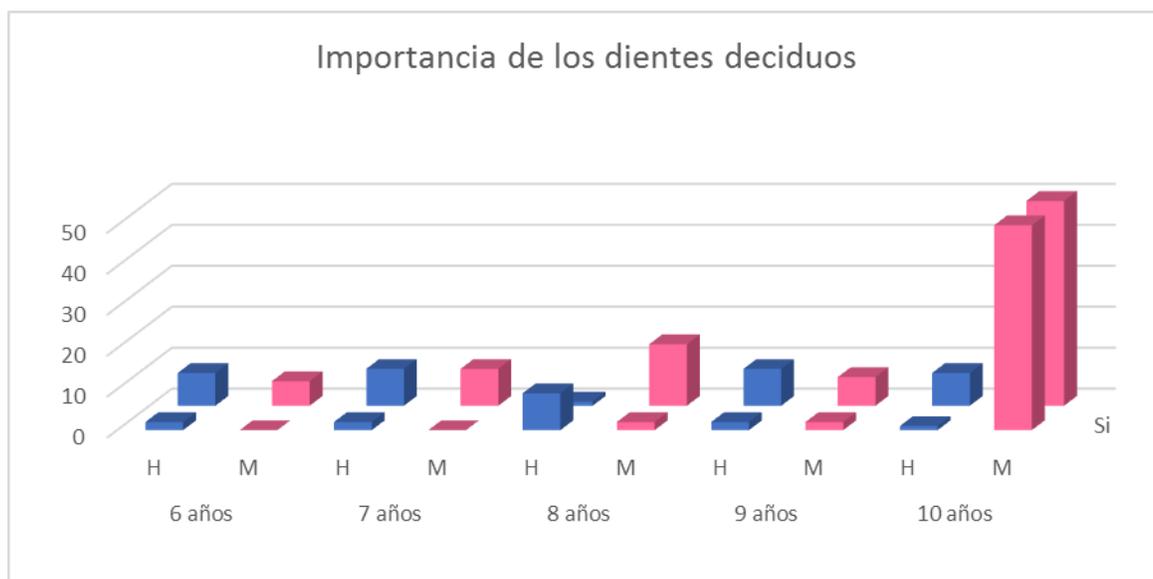
Al analizar el cuadro anterior No. 2, el mayor porcentaje de niños pertenecen al sexo femenino probablemente a esta edad los padres los utilizan para algunas labores de trabajo de campo al niño.

Cuadro No. 3
Conocimiento de la importancia de los dientes deciduos por padres de niños de la
Escuela Miguel Hidalgo y Costilla de la Concordia Chiapas

		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Importancia de los dientes deciduos	Si	2	0	2	0	9	2	2	2	1	50
	No	8	6	9	9	1	15	9	7	8	50

Fuente: Cédula de captura de datos.

Gráfica No. 1



La gráfica No. 1 y el cuadro No. 3 muestran que más 75% de los padres desconocen la importancia de los dientes deciduos, esto puede generar pérdidas de O.D provocando mal oclusión tipo I. y además puede traer como consecuencias otros problemas de la cavidad bucal.

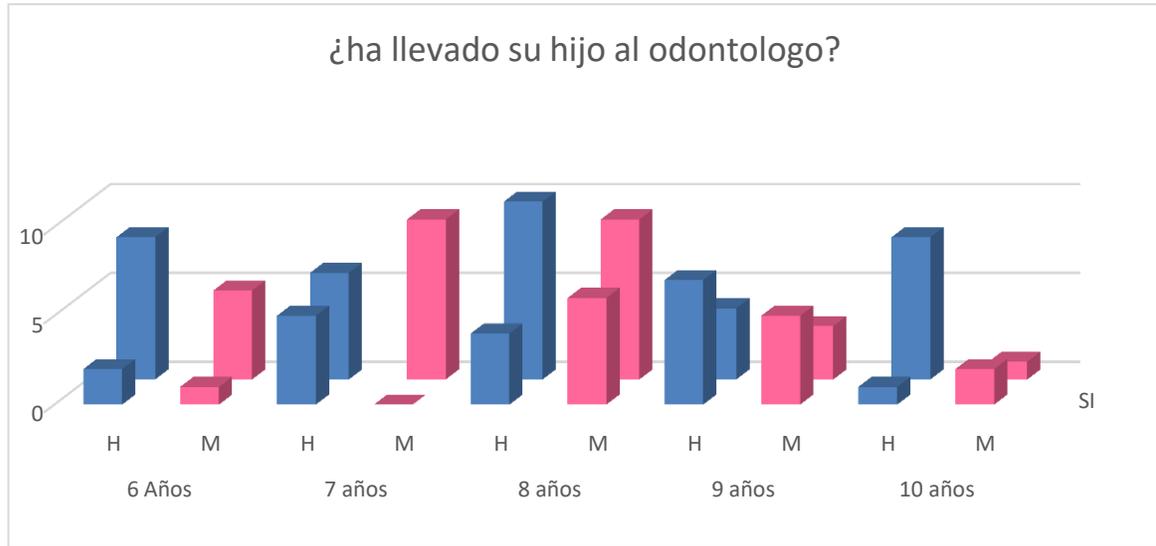
Cuadro No. 4

Accidente bucal en niños de la Escuela Primaria Miguel Hidalgo y Costilla del municipio de la Concordia Chiapas

		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Han sufrido un accidente bucal	SI	0	4	3	6	2	3	3	5	2	1
	NO	10	2	8	3	12	14	8	3	7	2

El cuadro No. 4 muestra un alto porcentaje (36 %) de accidentes dentales que han sufrido los escolares entre 6 a 10 años de edad, prevaleciendo el género masculino. Lo anterior indica que son detonantes de mal oclusiones y otras patologías

Gráfico No 2



Cuadro No. 5
 Visita al odontólogo por parte de los niños de la Escuela Primaria Miguel hidalgo y
 Costilla del municipio de la Concordia Chiapas

		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
¿Ah llevado su hijo al odontólogo ?	SI	2	1	5	0	4	6	7	5	1	2
	NO	8	5	6	9	10	9	4	3	8	1

Fuente: Cédula de Captura de Datos

En los datos demostrados en la gráfica No. 2 y en el Cuadro No. 5, se aprecia el poco interés que muestran los padres hacia la salud bucal de su hijo y esto trae no solo consecuencia de problemas bucodantales como la mal oclusión sino también otros tipos de patologías.

Cuadro No. 6

Tiempo de uso del chupón o biberón por parte de los alumnos de la Escuela Primaria Miguel Hidalgo y Costilla del municipio de la Concordia Chiapas

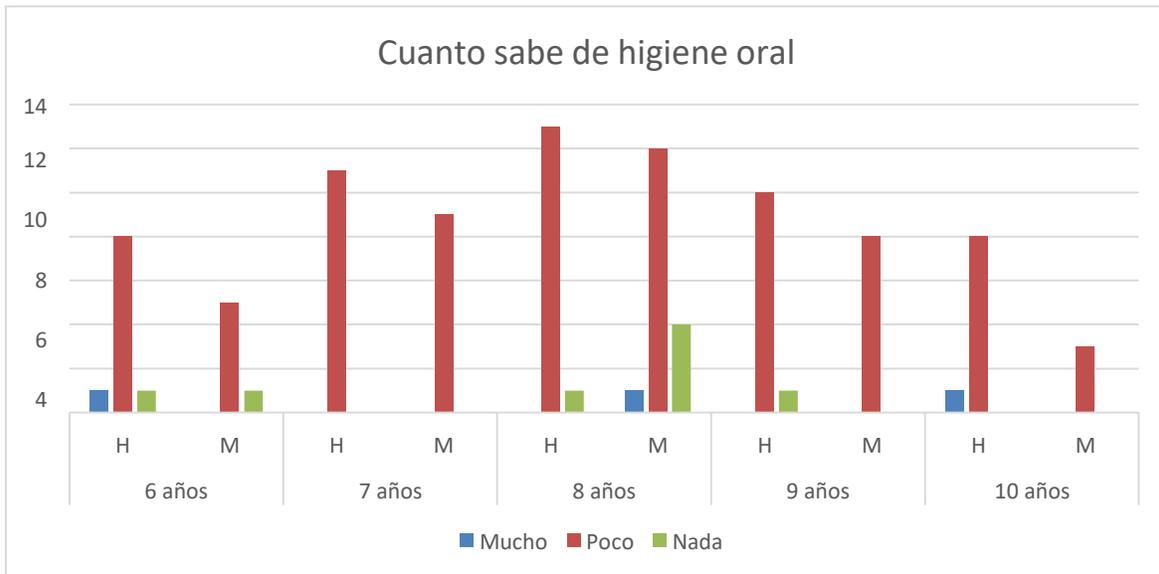
		6 años		7 años		8 años		9 años		10 años	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
¿Cuánto tiempo utilizo chupón o biberón?	1 año	3	5	0	1	4	3	0	0	0	0
	2 años	2	0	10	2	7	7	8	3	7	3
	3 años	4	0	1	5	1	5	3	3	1	0
	Mas	1	2	0	1	0	2	0	2	1	0

Fuente: Cédula de Captura de datos

En relación al uso del chupón y biberón por parte de los alumnos, refieren la mayoría que más de los dos años de edad usaron el biberón y esto hace suponer que fue uno de los factores de riesgos encontrados que posiblemente este relacionado a los problemas de maloclusión encontrados en los niños observándose más en niños que tienen entre 7 y 8 años de edad.

Gráfico No. 3

Conocimiento sobre higiene en los niños de la Escuela Primaria Miguel Hidalgo y Costilla del municipio de la Concordia Chiapas



El gráfico anterior presenta los niveles de conocimiento sobre higiene oral, aquí se observa que en estos niños tienen un deficiente conocimiento sobre higiene oral notándose esa deficiencia en el sexo femenino y a la edad de 6 y 10 años.

VII. Conclusión

Los resultados de la presente investigación indicaron una incidencia de mal oclusión debido a la mala higiene y desconocimiento de los dientes deciduos que los niños presenta desde los primeros meses de vida, ya que estos dientes son los mejores mantenedores de espacio, la pérdida prematura de estos órganos dentarios afecta al cambio de los dientes deciduos a permanentes provocando múltiples problemas dentales como apiñamiento o caries de la infancia temprana y con esto afectar no solo a los dientes sino también a las estructuras óseas como paladar o mandíbula o la articulación temporomandibular. Debido a que en esta investigación el tamaño de la muestra fue reducida, este estudio podría tener ciertas limitaciones en la interpretación de los resultados; por lo tanto se recomienda realizar nuevos trabajos.

VIII. Propuestas

De acuerdo a los resultados y a la conclusión se propone lo siguiente.

- Continuar el proyecto de investigación y ampliarlo a mayor número de Escuelas primarias del municipio y de diferentes estratos socioeconómicos.
- Es importante decir que uno de los factores a incluir en la higiene y hábitos es la alimentación adecuada.
- Implementar educación bucal a medres desde que están emebarzadas
- Implementar educación odontológica en las diferentes escuela primarias

- a) Chuparse el dedo
- b) Morderse los labios
- c) Comerse las uñas
- c) Morder objetos

8. ¿En qué se basa su alimentación?

9. ¿Cómo considera la alimentación que lleva su hijo(a)

- a) Blanda
- b) Dura
- c) Combinado

10. ¿Cómo considera la alimentación de su hijo(a)?

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala

11. ¿Le gustaría que resolvieran los problemas dentales de su hijo?

12. ¿Qué sabe sobre higiene oral?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

13. ¿Su hijo(a) ingiere dulces?

- a) No
- b) Sí
- c) ¿Qué cantidad al día?

14. ¿Con qué especialista acudiría para la salud bucal de su hijo?

15. ¿Qué importancia tiene para usted la salud bucal de su hijo?

- a) Muy importante
- b) Importante
- c) Poco importante

X. Bibliografía

1.- Murrieta-Pruneda J.F., Allendelagua Bello R.I., Pérez Silva L., Lilia Adriana Juárez-López, Linares Vieyra C, Meléndez Ocampo A, Zurita Murillo V, Solleiro Rebolledo M. (2009). Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. 28-06-10, de scielo. Sitio web: <http://www.scielo.org.mx/scielo.45>

2.- Mendoza Oropeza L., Meléndez Ocampo A, Ortiz Sánchez R, Antonio Fernández López A., . (Octubre-Diciembre 2014). Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista mexicana de ortodoncia, UNAM, Vol 2, No 4 (2014), 7.

3.- Muller K. R, Piñeiro S., (2014). MALOS HÁBITOS ORALES: REHABILITACION NEUROMUSCULAR Y CRECIMIENTO FACIAL. Revista médica Clínica Las Condes., 25, 9.

4.- Rodriguez M, Ginette*; Brito, Hairo; Díaz, José; Soto, Sonia; Alcedo Carolina; Quirós Oscar; D. Jurisic, Aura; Fuenmayor, Dorathis; Maza Patricia; Ortiz, Mónica. (2007-2008). Tipo de Maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2001. 2010, de revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Sitio web: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-4/>

5.- Solarte J, Rocha A, Andrés A, Agudelo A. Perfil epidemiológico de las alteraciones de la oclusión en la población escolar del corregimiento de Genoy, Municipio de Pasto, Colombia. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2011;23(1):111-25.