



Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS  
EN NIÑOS QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA  
PERIFÉRICA ORIENTE "DR. SALOMÓN EVELSON  
GUTERMAN" DE LA UNAM EN EL 2004

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

EDGAR RODRIGO SOLÍS ÁVILA

DIRECTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESOR: C.D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

MÉXICO, D.F.

2005

m347694



---

## AGRADECIMIENTOS

**A MI MADRE MARÍA ELOISA ENRIQUETA ÁVILA MORALES.**

Por darme la vida, cuidarme cuando lo necesité y aún lo necesito, por enseñarme a ser feliz, a salir adelante y no darme por vencido, a controlar mi carácter, por llevarme a la escuela, al deporte y sobre todo por sus sabios consejos y dulces palabras de aliento para que esto hoy se haga realidad.

**POR ESO Y MUCHAS COSAS MÁS. GRACIAS MAMÁ**

**A MIS HERMANOS:**

**C.D. LAURA OLIVIA SOLÍS ÁVILA.**

Por cuidarme desde que nací, por ser mi amiga, por que sin ti probablemente no hubiera estudiado esta preciosa carrera y esto hoy no sería realidad. Haz sido una inspiración para mí.

**Lic. DOLORES ELOISA SOLÍS ÁVILA.**

Por ser mi amiga, por tus consejos, por ayudarme cuando lo necesité, por tu fuerza de carácter y tu inteligencia, haz sido una inspiración para mí.

**A EDUARDO SOLÍS ÁVILA.**

Por ser mí único hermano, por tu apoyo y por estar a mi lado cuando lo he necesitado.

**A MIS SOBRINOS: LUIS IVAN, MARCOS EDUARDO Y JOEL ADRIAN.**

Por estar en esta vida y quererme como lo hacen, espero y esto sea una inspiración en su vida para que sigan estudiando.

**AL AMOR DE MI VIDA: C.D. ELIZABETH GONZÁLEZ HERNÁNDEZ.**

Porque haz sido una parte muy importante en esto, por estar a mi lado siempre, por tu apoyo, tu comprensión, tu paciencia, tu cariño y sobre todo tu amor. TAM, TQM, NLO, PSPS.

**A MIS AMIGOS CARNALES, HERMANOS: ISRAEL, CARLOS ALBERTO, MARCELINO DAVID, KARINA E HIJO, MARCOS, DULCE VIRIDIANA E HIJO Y DANIEL.**

Porque nuestra amistad a pasado a otro nivel, por todos estos años juntos y los que faltan, por que cuando nos hemos necesitados hemos estado todos en las buenas y en las malas, y espero en Dios que así sea por el resto de nuestras vidas.

**A MIS AMIGOS: RAUL, SALVADOR, ERICK, CESAR, SERVANDO, ARIEL, JUAN CARLOS, IRAM, JAIME PEDRO RODRIGO, Y A TODOS AQUELLOS QUE HAN ESTADO AHÍ.**

Por haberlos conocido, por brindarme su amistad, por estar a mi lado y compartir tantas vivencias.



A MIS AMIGAS DEL CCH SUR: LETICIA, KARINA Y MARIA ISABEL Y TODOS AQUELLOS QUE COMPARTIERON ESA ETAPA DE MI VIDA.

Por brindarme su amistad incondicionalmente, por su apoyo, su cariño y esos lindos años en el CCH nunca los olvidaré y a ustedes tampoco.

A LA M.V.Z. NANCY VIDALES CARDENAS.

Por tu amistad de todos estos años, por todas las experiencias buenas y malas que compartimos.

A LA C.D. FABIOLA SALVADOR TOLEDO Y AL C.D. JUAN CARLOS RODRIGUEZ AVILÉS.

Por permitirme ser su amigo, por conocerlos a ustedes y su hija LUCERO, por todo el apoyo que me han brindado, por su paciencia, sus enseñanzas, y espero sigamos en esto y que nuestra amistad perdure por siempre.

A LA C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ.

Por su tiempo, paciencia y por la orientación para realizar este trabajo.

AL C.D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA.

Por la ayuda, orientación y tiempo empleado para realizar este trabajo.

A LA C.D. AVE, A LA C.D. ALEJANDRA Y A TODOS LOS ALUMNOS DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE "D.R. SALOMON EVELSON GUTERMAN".

Por su ayuda, orientación y paciencia.

También quiero agradecer a todas aquellas personas que están, estarán y han estado conmigo en todo momento, ya que gracias a ustedes he aprendido algo de esta vida.

Y POR ÚLTIMO QUIERO AGRADECER A MI PADRE EDUARDO SOLÍS VELAZQUEZ †.

A ti por todo el tiempo que estuviste con nosotros, por las oportunidades que me diste (si sirvieron), por todo lo que me enseñaste; a trabajar, a ser fuerte, a no dejarme de nada ni de nadie, a ser amigo, a ser sincero, a no dejar que me venzan las circunstancias, gracias por haber hecho de mi un hombre de bien, por darme una familia tan linda, por darme este carácter, la verdad, les debo todo lo que soy a mi mamá y a ti, y aunque pocas veces te lo dije, o más bien creo que nunca te lo dije, TE QUIERO MUCHO y yo se que en donde estés, estas viendo y leyendo estas líneas y esta Tesis.

MIL Y UN GRACIAS PAPÁ. TE QUIERO, TE QUISE Y TE QUERRÉ.

TU HIJO EDGAR RODRIGO SOLÍS ÁVILA.

A TODOS Y CADA UNO DE USTEDES MUCHAS, PERO MUCHAS GRACIAS.



## RECETA PARA REALIZAR UN SUEÑO

Un gran objetivo, un poco de planes y proyectos, todos puestos en orden, desde el más grande al más chico.

Una cucharada de deseo.

Empezar a cocinarlo con amor y paciencia.

El fuego de la acción lo va ir preparando lentamente y el tiempo de cocción va a ser el justo y necesario, para que, una vez finalizado, se lo pueda saborear con todo placer

NOSOTROS ESCRIBIMOS LAS PÁGINAS DEL LIBRO DE NUESTRA VIDA.  
TODO EL TIEMPO ELEGIMOS EL MODO DE LLENAR LAS PÁGINAS.  
ALGUNAS SON MÁS ALEGRES QUE OTRAS.  
A VECES, DEJAMOS DEMASIADOS ESPACIOS EN BLANCO.  
OTRAS, DEJAMOS CAPÍTULOS INCONCLUSOS.  
NOSOTROS TENEMOS EL PODER DE SELECCIONAR LOS SUEÑOS QUE  
NOS GUSTARIA VIVIR.

PONGAMOS AMOR, FUERZA, ACTITUDES POSITIVAS, PARA QUE EL  
LIBRO DE CADA UNO TENGA UN FINAL FELIZ EN ESTA VIDA.

GARCÍA YOHANA.





# ÍNDICE

Introducción	
1. Resumen	3
2. Antecedentes	4
2.1 Hábitos	12
2.2 Hábitos bucales	12
2.3 Hábitos bucales perniciosos	13
2.4 Clasificación de los hábitos	13
2.4.1 Succión digital	15
2.4.2 Bruxismo	19
2.4.3 Onicofagia	21
2.4.4 Hábito de respiración bucal	24
2.4.5 Hábitos labiales	27
2.4.6 Hábito del chupón	29
2.4.7 Interposición lingual o deglución atípica	30
3. Planteamiento del problema	34
4. Justificación	34
5. Objetivos	35
General	
Específico	
6. Metodología	36
Material y método	
6.1. Tipo de estudio	37
6.2. Población de estudio	37
6.3. Muestra	37
6.4. Criterios de inclusión y exclusión	38



---

6.5. Variables	38
Dependientes	
Independientes	
6.6. Operacionalización	39
6.7. Recolección y análisis de la información	43
7. Resultados	44
8. Discusión	53
9. Conclusiones	55
10. Referencias bibliográficas	56
Anexos	59



## INTRODUCCIÓN

Los hábitos perniciosos pueden alterar el desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dentoestructurales, además de problemas psicológicos, emocionales, de algunos sistemas (respiratorio, digestivo) y del aprendizaje. En nuestro país, según la norma oficial mexicana NOM-013, las anomalías dentomaxilares ocupan el tercer lugar dentro de las alteraciones bucales. La causa de su aparición se debe a múltiples factores, entre los que destacan los hábitos perniciosos.

Un hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y posteriormente de modo inconsciente.

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal, y los perniciosos o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, hábito de lengua, succión digital y uso de chupones y biberones después de los 2 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales. Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos. Otros efectos negativos pueden ser trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.

Por lo general, estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que ésta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del Cirujano Dentista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de los hábitos antes mencionados; es importante, además, la cooperación de los padres, ya que la llave para la eliminación de un hábito es la motivación de los padres e hijos.



---

En esta investigación, se determinó la frecuencia de los hábitos perniciosos más comunes que se presentaron en niños que acudieron a la clínica periférica oriente "Dr. Salomón Evelson Guterman" de la UNAM en el 2004, conocer dicha información nos servirá para establecer programas de educación para la salud orientados a los padres de los niños que acudieron a dicha clínica.



## 1. RESUMEN

Este estudio observacional, descriptivo y transversal tuvo como objetivo evaluar la frecuencia de hábitos bucales perniciosos en 84 pacientes de 2 a 11 años de edad que asistieron a la Clínica Periférica Oriente "Dr. Salomón Evelson Guterman" de la UNAM en el turno matutino, durante los meses de octubre a diciembre del 2004.

El sexo masculino fue el más frecuente con 56 niños, la edad de 4 años fue la más frecuente en este sexo. En el sexo femenino las edades de 5 y 6 años fueron las más frecuentes. Y la edad promedio del grupo de estudio fue de 6 años.

De los 84 pacientes, 56 presentaron algún tipo de hábito. De esos 56 pacientes, 28 presentaron un hábito, 19 presentaron 2 hábitos y 9 pacientes presentaron más de 2 hábitos.

Los resultados demostraron que la frecuencia de hábitos bucales perniciosos fueron: onicofagia 22.95 % (22 pacientes), hábito de lengua y hábito de labio 15.6% (15 pacientes), deglución atípica 12.5% (12 pacientes), succión digital 11.5% (11 pacientes), respiración bucal 10.4% (10 pacientes), bruxismo 9.4% (9 pacientes) y hábito de chupón 2.1% (2 pacientes). Los resultados obtenidos pueden ser de gran utilidad para estudios posteriores, ya que son escasos en nuestra Facultad.



## 2. ANTECEDENTES

En 1997, Planells del Pozo y Martín Cuesta en la ciudad de Madrid, España, revisaron las publicaciones de los últimos años con el objetivo de determinar los factores etiológicos que desencadenan los hábitos de succión, analizar su potencial patogénico así como las medidas preventivas y terapéuticas empleadas para la corrección de los mismos en el paciente odontopediátrico.

Las conclusiones a las que llegaron, una vez realizada la revisión de las publicaciones que consultaron, fueron las siguientes:

- La existencia de un hábito de succión hasta los tres años es considerada normal. Su persistencia más allá de esa edad es perniciosa.
- Los factores etiológicos que principalmente se implican son la lactancia artificial, la falta de distracción, así como los problemas psicológicos.
- La patogenicidad del hábito es variable, siendo directamente proporcional a factores tales como tiempo de actuación, frecuencia e intensidad de la succión.
- Se recomiendan como medidas preventivas la lactancia materna y el uso correcto del chupón.
- Cuando se abandona el hábito antes de la erupción de los incisivos permanentes, las maloclusiones ocasionadas por la succión suelen corregirse espontáneamente.
- Antes de iniciar el tratamiento es preciso descartar que existan problemas psicológicos subyacentes.

Los autores aconsejan iniciar el tratamiento con métodos psicológicos, motivando al niño y buscando su colaboración. Si no fuera suficiente o no hubiera colaboración, se recurriría a los métodos extrabucales o los dispositivos ortodóncicos, haciendo hincapié en su carácter recordatorio para ayudar a eliminar el hábito y en ningún caso el niño pueda considerarlos como un mecanismo punitivo.<sup>1</sup>



Estos mismos autores, en el mismo año, realizan una actualización de los diversos enfoques terapéuticos empleados en la corrección del hábito de interposición lingual, para lo cual analizaron, previamente, los factores etiológicos que dan lugar a su aparición, y en su investigación citan a los siguientes autores: Muelas y Westover, Andrianopoulos

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual como son:

- La succión digital y del chupón, apareciendo el hábito de interposición lingual como una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.
- La alimentación artificial defendida por Muelas y Westover, quienes consideran que algunos biberones inadecuados con orificios demasiado grandes, fuerzan al bebé a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.
- Los problemas respiratorios como la existencia de unas amígdalas inflamadas o hipertrofiadas, ocasionan que la raíz de la lengua quede comprimida; para evitarlo, la mandíbula desciende de forma refleja, separando los dientes y proporcionando mayor espacio para adelantar la lengua durante la deglución en una posición más cómoda. En los problemas respiratorios, se produce además, una falta de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares. Al faltar el sellado no se produce un freno en el adelantamiento de la lengua.
- La macroglosia obliga a la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad oral, a adoptar una posición más adelantada.
- Las alteraciones cerebrales que dificulten la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas o la lengua y el desarrollo de un patrón de deglución correcto.
- Los problemas psicológicos. La alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.
- Existencia de una mordida abierta, si bien no existe acuerdo respecto a si la actividad protrusiva de la lengua es la causa o la consecuencia de la maloclusión.
- Interposición del labio inferior.



- Pérdida prematura de los dientes temporales.
- Por último, Andrianopoulos afirma que el hábito de interposición lingual puede aparecer también a lo largo de un tratamiento ortodóncico, ya sea cuando éste requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual. Tal interposición puede ser temporal o permanente.

Así mismo, revisaron las posibles alteraciones ocasionadas por la interposición lingual, con el fin de determinar si está justificada la necesidad de su tratamiento, y los resultados y/o conclusiones a las que llegaron fueron:

- La prevalencia de la interposición lingual disminuye con la edad, no considerándose perniciosa cuando aparece de forma temporal durante el período de recambio dentario.
- La etiología más frecuente es la persistencia de un hábito de succión, desarrollándose una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.
- El factor patogénico principal del hábito es la posición lingual habitual anómala que acompaña a la deglución inmadura, traduciéndose en trastornos funcionales, oclusales, esqueléticos, estéticos, psicológicos y sociales.
- El primer aspecto que debe ser tratado en el paciente odontopediátrico portador del hábito pernicioso de interposición lingual, es la etiología del proceso.
- Si persiste el hábito tras eliminar la causa, es necesario rehabilitar la función mediante la realización de ejercicios miofuncionales. Para obtener unos buenos resultados es imprescindible potenciar previamente la motivación y colaboración de los niños así como del entorno familiar, principalmente de los padres.<sup>2</sup>

Así mismo, Fernández y Acosta realizaron un estudio para determinar la prevalencia de los hábitos perniciosos en escolares de primaria comprendidos entre los 6 y los 11 años de edad; este estudio se realizó en la ciudad de la Habana, Cuba, en el año de 1997.





La población de trabajo se constituyó por 3 090 niños matriculados en las escuelas primarias del curso escolar 1993-1994, quienes recibieron atención en los servicios escolares de la Clínica Estomatológica. Se seleccionó la muestra por grados y edades hasta completar 270 niños escogidos al azar. Se determinó que los niños que presentaban hábitos de biberón, succión digital, respiración bucal y deglución infantil, presentaron mayor porcentaje de maloclusiones. La presencia de hábitos perniciosos fue de 68.15 %. La deglución atípica presentó 28.89%, onicofagia el 28.52, respiración bucal el 15.93 y succión digital el 15.26. El tipo de hábito se comportó diferente en los grupos etáricos. Consideraron realizar control sistemático de los factores de riesgo de la oclusión en la propia escuela y supervisar el trabajo por los especialistas en ortodoncia.<sup>3</sup>

Gacitúa y cols. determinaron la relación de los hábitos perniciosos con la aparición de anomalías dentomaxilares (mordida abierta [anterior, posterior unilateral y bilateral] y compresiones maxilo-mandibulares), para lo cual se examinaron 177 niños de 6 a 9 años, seleccionados en el Servicio Dental del Consultorio General Urbano en Chile, durante 1998. Los hábitos perniciosos registrados fueron respiración bucal, deglución infantil, succión (dedo, chupón, mamila) e interposición (labios, objetos, lingual en reposo y fonarticulación). Se determinó que el 87% de los niños presentaron algún hábito pernicioso y que la distribución según sexo fue bastante homogénea (51% niñas, 49% niños). Además, el hábito más prevalente fue la interposición (28%), seguido por la deglución atípica (25%), succión (24%) y finalmente la respiración bucal (23%). Se observó que los niños con hábitos perniciosos presentaron un mayor porcentaje de compresiones maxilo-mandibulares (29%) y de mordidas abiertas [anterior, posterior unilateral y bilateral] (13%). Se vió que las mordidas abiertas estaban relacionadas en primer lugar con la respiración bucal (16%), en segundo lugar con la deglución atípica e interposición (14%) y en último lugar con la succión (10%). En cambio, las compresiones estuvieron relacionadas con valores similares para todos los hábitos analizados (30%).<sup>4</sup>



En Chile, la tercera patología odontológica prevalente son las anomalías dentomaxilares y la causa de su aparición se debe a múltiples factores, entre los que destacan los hábitos perniciosos. En 1999, Agurto y cols. realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la frecuencia de hábitos bucales perniciosos y determinar su relación con el desarrollo de las anomalías dentomaxilares. La población estuvo constituido por niños de 3 a 6 años de 6 colegios y 4 jardines infantiles particulares del área oriente de Santiago, con un total de 1110 niños, quienes al momento del examen presentaban amígdalas sanas, dentición temporal completa e integridad coronaria. El 66% presentó hábitos perniciosos y más de un niño presentó dos o más de estos hábitos. Estos autores observaron un total de 1 878 hábitos en estos niños, siendo los más frecuentes la succión (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%). Los objetos más succionados fueron la mamila en 55%, el dedo en 23% y chupón 15%. De los niños que presentaron hábitos perniciosos, el 57% (417) presentó al menos una anomalía dentomaxilar. Las anomalías más frecuentes fueron distoclusión 38%, mordida cruzada 28% y mordida abierta en 16%. Se corroboró una asociación altamente significativa entre la presencia de los hábitos perniciosos y el desarrollo de maloclusiones,  $p < 0.0001$ . La alta frecuencia de hábitos perniciosos y de maloclusiones indica la necesidad de que el pediatra sea capaz de detectar los hábitos y algunos signos de anomalías dentomaxilares en forma precoz, ya que mientras sean detectados lo antes posible, menor será el daño que provoquen.<sup>5</sup>

En Cuba, Maya Hernández realizó, en el año 2000, un estudio en un grupo de 20 niños de 5 a 8 años, que practicaban hábitos bucales perniciosos, aplicando como terapia para eliminar el hábito, sólo la persuasión o convencimiento racional. El hábito pernicioso más frecuente fue la succión digital (40 % del grupo estudiado). La efectividad de la terapia aplicada fue buena en 16 niños (80 % del total); se tomó como promedio para lograr los resultados deseados 3 visitas a la consulta a razón de una visita mensual.<sup>6</sup>



Barrios y cols, en el año 2001, en la ciudad de la Habana, Cuba, realizaron un estudio con el fin de conocer las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes en niños respiradores bucales, en las edades comprendidas entre los 3 y los 14 años de edad, así como la relación entre la presencia del hábito y el sexo, además de la prevalencia de maloclusiones según grupo de edad.

El síndrome de respiración bucal, ya sea por obstrucción o por hábito, produce serias alteraciones en el aparato estomatognático que afectan al niño tanto estética, funcional, como psíquicamente. Para ello se visitaron 14 centros educativos del casco urbano del municipio de Artemisa y se tomó una muestra al azar de 600 niños divididos en 3 grupos etáricos equitativamente repartidos. A todos se les efectuó el examen facial con luz natural, para descartar la presencia del hábito, y a los portadores del mismo, se les realizó las medidas pertinentes. Las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes encontradas fueron los labios incompetentes, el micrognatismo transversal, el perfil convexo y el resalte aumentado. Todos los niños respiradores bucales tenían maloclusión dentaria, con prevalencia de Clase II en las edades de 6 a 11 años y de 12 a 14 años. El sexo femenino predominó discretamente sobre el masculino.<sup>7</sup>

Por otro lado, Castillo Hernández y cols. realizaron un estudio en Villa Clara, Cuba, en el 2001. La muestra se conformó por 100 pacientes entre los 15 y los 50 años de edad. La mitad de ellos (grupo estudio) presentaban signos y síntomas de disfunción temporomandibular que los llevó a acudir a consulta en busca de tratamiento, y el resto de la muestra (grupo control) no presentaba alteraciones funcionales indicadoras de disfunción temporomandibular. Para determinar la existencia de la disfunción temporomandibular se utilizó el *test* clínico de *Helkimo* y los niveles de ansiedad se determinaron mediante inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), ideado por *Spielberger* en 1966. Los hábitos parafuncionales analizados fueron: el apretamiento dental y el rechinar de los mismos, la mordedura de lengua, labios, carrillos u otros objetos, la onicofagia, la masticación unilateral y la protracción lingual.



De ellos el apretamiento dental y el rechinar fueron los más significativamente asociados a la disfunción temporomandibular, seguidos de la masticación unilateral y la mordedura de labios, lengua y carrillos. Respecto a la ansiedad debemos destacar que entre los individuos con disfunción temporomandibular fueron más frecuentes los niveles altos de ansiedad, sobre todo de la ansiedad como rasgo de la personalidad.<sup>8</sup>

Ávila y Sandoval, en el año 2002, realizaron un estudio relacionado con la prevalencia de maloclusiones en 150 niños y niñas de 7 a 12 años de edad que asistieron a la Clínica periférica "Las Águilas" U.N.A.M. en el turno vespertino durante los meses de octubre y noviembre. Estos autores registraron que la prevalencia de maloclusiones fue: el 57.3% con clase I, clase II con el 22% (20.75 división 1 y 1.3% división 2) y clase III con el 10.7%, siendo mayor la prevalencia en la clase I y II en niños de 7 y 8 años de edad, y la de clase III en niños de 11 y 12 años. La prevalencia más elevada fue en el sexo masculino, predominando la clase I con el 36%. Se determinó que los hábitos más frecuentes fueron el de labio y el de respiración bucal. En el análisis de Dewey-Anderson, el tipo 5 obtuvo 54%, el cual resultó alto debido al elevado índice de caries interproximal y a la pérdida de dientes por caries en los primeros y segundos molares primarios.<sup>9</sup>

Por otro lado, Matoses, en el 2002, realizó una investigación de una serie de hábitos que se producen durante la infancia y que son frecuentes en muchos niños. Estos hábitos pueden suponer un problema en el momento en el que se producen, o dar problemas a largo plazo durante el crecimiento del niño.<sup>10</sup>

Morales, en el 2003, realizó una investigación sobre el hábito de succión digital y maloclusiones asociadas. El reflejo de succión es una reacción involuntaria que presentan todos los recién nacidos, es importante tanto en sus necesidades psicológicas como en las nutricionales. Constituye una respuesta estereotipada ante un estímulo en la región bucal y no solamente como se ha indicado para asegurarse su alimento, sino que además recibe un sentimiento de



bienestar que lo interrelaciona con el mundo exterior. Su inicio se sitúa en la etapa del desarrollo embrionario y a partir de los 3 meses de edad va disminuyendo progresivamente, siendo normal y aceptable hasta el segundo año de vida, aunque un 10-20 por ciento de los niños continúan haciéndolo hasta los 5-6 años, pudiendo afectar en estos casos a la salud conductual por estar relacionados con trastornos del comportamiento (onicofagia, tricotilomanía, entre otros), como se refiere en la literatura de Friman, Schmitt y Mairesse, citada por Morales en su investigación. Otros problemas descritos ante la persistencia del hábito, es la afectación de sus relaciones sociales con sus compañeros o padres al no considerarse adecuado este tipo de comportamiento, siendo motivo de rechazo o castigos, además de los problemas puramente físicos como deformidades en los dedos, infestación por lombrices, envenenamientos accidentales por manipulación de sustancias tóxicas, entre otros. Con relación al sexo, Morales cita en su investigación que en los estudios de Villavicencio y Hernández, Levrini, Tagliabue y Macchi y Vadikas, Oulis y Berdouses, se reporta que se presenta más frecuentemente entre las niñas, siendo el hábito más arraigado, persistente y de mayor dificultad en su corrección. Debido a lo expuesto anteriormente y a los efectos negativos que produce sobre la cavidad oral la persistencia de dicho hábito, Morales pretendió profundizar en el manejo clínico, siempre contando con la colaboración de un equipo multidisciplinario formado por psicólogos, logopedas, educadores y ortodoncistas.<sup>11</sup>

Quiros y cols. en el año 2004 en Venezuela, presentan cuatro casos de la práctica cotidiana donde el desencadenante del hábito tiene un alto componente psicológico. Los hábitos en odontología tradicionalmente han sido tratados con remedios caseros o por los profesionales con aparatos removibles de ortodoncia. Sin embargo, poco se ha manejado referente a la causa que desencadena el hábito, razón por la cual muchos de estos tratamientos fracasan, de allí la importancia de la preparación en la detección de problemas psicológicos que puedan afectar al paciente y a su entorno familiar, para aumentar las posibilidades de éxito en el tratamiento de los hábitos en odontología.<sup>12</sup>



## 2.1 Hábitos

Sogbe de A. cita en su texto a Langford, el cual señala al hábito como una idea de manera metódica, en la cual la mente y el cuerpo actúan como el resultado de una frecuente repetición de un conjunto definido de impulsos nerviosos.<sup>26</sup>

Sogbe de A. también menciona a Rubinstein, el cual en su texto "Principios de Psicología General", define el hábito como un componente automatizado consciente del hombre, que se elabora dentro del proceso de su ejecución. Aunque en forma distinta, todas estas definiciones encierran una misma idea, por lo que resumiendo se puede establecer que un hábito es:

- Un patrón de conducta fijado por repetición.
- Una manera de actuar que se fija por el entrenamiento.
- Una aptitud de ejecutar un acto sin control especial de la conciencia.<sup>26</sup>

El hábito es una práctica que se adquiere por la frecuente repetición de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales.

## 2.2 Hábitos bucales

Los hábitos bucales se pueden definir como una vía de desfogue emocional y de equilibrio en estados de ansiedad. Aunque ciertos hábitos llegan a servir como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares, como por ejemplo la acción normal del labio y la masticación, estos hábitos son una parte de la función orofaríngea normal, representando un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal.<sup>24</sup>



## **2.3 Hábitos bucales perniciosos**

Los hábitos bucales perniciosos son una costumbre o práctica adquirida por la constante repetición de un acto que se considera no fisiológico, entre los que se encuentran la succión, que puede ser de dedo, chupón o labio, la respiración bucal, la interposición lingual en reposo y la deglución atípica.

Estos hábitos pueden llegar a alterar el desarrollo normal bucofacial, produciendo deformaciones dento-esqueléticas, además de problemas psicológicos y emocionales, y de otros sistemas, como son el respiratorio y digestivo, además del aprendizaje.<sup>5</sup>

Los hábitos bucales perniciosos pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático provocando un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se presenta cuando una de las fuerzas no ejercen una presión normal, permitiendo que se produzca una deformación ósea; en ocasiones se agrega a esto fuerzas que normalmente no están presentes, como son la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupón, todos estos hábitos pueden ocasionar en el niño problemas en distintas formas como son: alteraciones emocionales, psicológicas, y problemas de algunos sistemas del organismo, como puede ser en el sistema respiratorio, digestivo y en el aprendizaje.

## **2.4 Clasificación de los hábitos**

Una de las clasificaciones que se menciona en el texto de Sogbe de A., es la de Gómez Herrera, quien agrupa los hábitos de acuerdo a los diferentes tipos de manifestaciones que se presentan en el individuo, por medio de actos rutinarios y que pueden ser considerados como normas de costumbre o como hábitos, y los clasifica en:

### **A) Hábitos generales**

Los hábitos generales a su vez se dividen en:



- Fisiológicos, los cuales son acciones que se ejecutan mecánicamente, y consisten en la regularidad con que el individuo satisface su organismo ante ciertos estímulos como es el hambre, la sed y la micción, entre otros.

- Sociales, son modos de conducta que suponen cooperación o interrelación con otros individuos de la misma especie, lo que conlleva a la creación de ciertas normas en la interacción social.

### **B) Hábitos bucales**

Los hábitos bucales más comunes y más frecuentemente observados en niños son:

- Succión digital.
- Bruxismo.
- Onicofagia.<sup>26</sup>

Además se tienen otros hábitos que aunque no se mencionan dentro de los más frecuentes, son de igual importancia, ya que también llegan a ocasionar alteraciones en el sistema estomatognático, los cuales son:

- Respiración bucal.
- Hábitos labiales.
- Hábito de chupón.
- Interposición lingual o deglución atípica.

Sogbe de A. cita que Sydney Finn clasifica a los hábitos bucales en:

- *Hábitos bucales no compulsivos*. Son hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño al madurar.
- *Hábitos bucales compulsivos*. Son hábitos en donde se logra adquirir una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por situaciones ocurridas en su mundo. Provocando en ciertas ocasiones ansiedad al tratar de corregir el hábito.<sup>26</sup>





De acuerdo con Gómez Herrera los hábitos más comunes son:

#### **2.4.1 Succión digital**

En términos generales, la succión se asocia en primer lugar a la actividad bucal. En el ser humano, uno de los primeros órganos que se forma y donde aparecen las primeras manifestaciones de orden sensorial es la boca, la cual tiene una rica capacidad sensitiva, por lo que adquiere una especial importancia, porque a través de ella, y durante las primeras etapas de su vida, es donde se ejerce la mayor actividad biológica, fisiológica y psicológica.



Fuente: Barberia Leache E. Odontopediatría

La succión es una acción compleja que necesita coordinación específica neuromuscular. El succionar el seno materno o el biberón, es útil para la alimentación, además es importante, ya que estimula el crecimiento de los maxilares y de la musculatura facial, siendo importante en la actividad biológica y fisiológica de la boca.

El niño ante el estímulo del hambre se nutre a través del seno materno, recibiendo satisfacción tanto física y nutricional como psicológica, ya que el amor caracteriza a la boca como órgano capaz de manifestar emociones, de esta necesidad primaria, como es la succión del seno materno.



Los hábitos de succión tienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y emocional del niño, la succión inadecuada del biberón, con perforaciones grandes, va a requerir poco o ningún esfuerzo por parte del niño, lo que puede dar lugar a la succión del pulgar como una necesidad persistente de gratificación bucal.

Una vez que el niño es alimentado, queda insatisfecho física y emocionalmente, pudiendo encontrar en el acto de succión una recompensa, por lo tanto el chupeteo de los dedos o de un chupón puede convertirse en un recurso inicial para descargar sus pequeños problemas, sus frustraciones e inconformidades.

Otra causa por la que se puede presentar el hábito de succión puede ser cuando hay un cambio brusco de la alimentación maternal al biberón, lo cual puede ocasionar ciertas frustraciones. Esta desadaptación que el niño presenta, puede compensarla con la succión del dedo o el chupón si el ambiente lo facilita. Algunos autores afirman que el hábito de succión refleja una falta de atención materna durante los periodos iniciales de la alimentación.

Otros autores señalan como psicogénesis de la succión, los siguientes factores:

- Rivalidad entre hermanos.
- Escapar de la realidad hacia la fantasía, en niños solitarios y tristes.
- Por la presencia de extraños, el nacimiento de un hermano.
- Múltiples problemas entre padres e hijos.

Se ha observado que muchos niños succionan el dedo para ver televisión, para dormir, etc. El origen de esto puede ser por una acción refleja.



Generalmente se concuerda que si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, no existe gran posibilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de los dientes permanentes, pero si el hábito de succión se mantiene hasta la erupción de los incisivos permanentes, es seguro que influirá en la alineación de la dentición permanente y la formación alveolar, también puede presentarse en el desarrollo facial. Si el hábito persiste durante el periodo de dentición mixta de 6 a 12 años, pueden producirse graves desplazamientos.<sup>26</sup>

Sogbe de A. menciona en su texto a Finn, el cual señala que los efectos nocivos del hábito de succión del pulgar o de otros dedos varían ampliamente. También la gravedad del desplazamiento de los dientes dependerá generalmente de la fuerza, intensidad, frecuencia y duración de cada periodo de succión.<sup>26</sup>

La frecuencia de la succión es importante, debido a que los efectos serán más dañinos en aquellos niños que succionan constantemente el dedo, que en los que lo hacen esporádicamente, por ejemplo, en el momento de dormir.

Autores como Van Waes y Stockli mencionan que si la duración de la succión supera las 6 horas al día, se considera crítica.<sup>21</sup>

La intensidad es otro factor a considerar. Debe darse énfasis en que la gravedad de las alteraciones dependerá de:

- La posición en la que se encuentre el dedo en la boca.
- La acción de palanca que ejerce el dedo contra los dientes y el proceso alveolar, donde el pulgar puede apoyarse y presionar distintas áreas del paladar duro del maxilar superior. De acuerdo al lugar donde se apoye serán los efectos que producen. En el plano sagital o transversal, los efectos serán distintos.



En el plano sagital se puede llegar a observar que el dedo logra apoyarse de tres formas distintas:

- Sobre las caras linguales de los incisivos superiores: el efecto que se logra ocasionar será únicamente dental, provocando labio versión de los incisivos superiores.
- Sobre las zonas post-dental del maxilar superior: en este caso no sólo provocará manifestaciones dentales sino ortopédicas en el sentido de inducir hacia una rotación antero-superior del maxilar.
- Sobre el paladar duro: los efectos serán básicamente ortopédicos.

En el plano transversal, el pulgar puede ubicarse a nivel de la línea media o en una posición lateralizada con respecto a la misma. En el primero de los casos, la fuerza que el dedo ejerce actuará a nivel de la línea media del paladar duro, produciendo con el tiempo una deformidad simétrica aumentando la profundidad de la bóveda palatina, contrayendo las arcadas dentarias. Si la posición del pulgar es lateral, el efecto de su fuerza producirá también un aumento de la profundidad de la bóveda palatina y una contracción unilateral de las arcadas dentarias, localizándose esta última zona en el lado opuesto con respecto a la ubicación del pulgar.<sup>26</sup>

El hábito de succión provoca estrechamiento de los arcos superior e inferior en la región de los caninos, molar deciduo o premolares y con menos intensidad en la región del molar superior. Este hábito, además de producir deformación por la presión sobre los arcos, perjudica también la estabilidad del hueso alveolar, porque impide el contacto funcional de los planos inclinados de los dientes.

El dedo ejerce presión sobre los dientes y también sobre el hueso alveolar y el paladar, provocando una presión negativa intrabucal, y en consecuencia, el paladar se estrecha y profundiza, la lengua en la deglución se coloca hacia delante para posibilitar la selladura anterior.<sup>27</sup>



#### 2.4.2 Bruxismo

El bruxismo es un hábito de movimientos no funcional, voluntario o involuntario, que se realiza en el día o en la noche con manifestaciones de rechinar o apretamiento ocasional o habitual de los dientes.<sup>26</sup>

Pinkham cita en su libro a Kuch el cual menciona que también se atribuye al bruxismo la hipersensibilidad de la musculatura masticatoria y el dolor de la articulación temporomandibular. Se desconoce la causa exacta del bruxismo, aunque ciertas explicaciones se dan en torno a motivos locales, sistémicos y psicológicos. La teoría local sugiere que el bruxismo es una reacción ante una interferencia oclusal, y una restauración alta entre otros. Los factores sistémicos considerados en el bruxismo, abarcan: parásitos intestinales, deficiencias nutricionales subclínicas, alergias y endocrinopatías.<sup>25</sup>

Se ha demostrado que se presenta en niños con prurito anal o nematodos (*Enterobius vermicularis*), en quienes la intensa picazón con frecuencia los hace apretar o rechinar los dientes, como para producir una contrairritación para el prurito.<sup>16</sup>

La teoría psicológica sostiene que el bruxismo es la manifestación de desorden de la personalidad o de estrés elevado; los niños con alteraciones musculoesqueléticas, parálisis cerebral y con retraso mental, rechinan los dientes con frecuencia.<sup>25</sup>

La administración de 25 mg. de hidroxizina (Atarax<sup>R</sup>) una hora antes de irse a la cama mitiga el hábito y acaba por eliminarlo al cabo de varios meses.<sup>23</sup>



### *Efecto sobre los tejidos*

Puede dar como consecuencia desgaste dentario, hipersensibilidad dentaria, movilidad dentaria, fracturas de dientes o restauraciones, pérdida de piezas dentales, disminución de la apertura bucal, dolor en los músculos masticatorios, aumento del tamaño de los músculos masticatorios, dolor en la articulación temporomandibular, dolor facial, dolor de cabeza, cuello y espalda.<sup>10</sup>

Si la fuerza del bruxismo excede la capacidad de adaptación del organismo, se produce una lesión considerable de los dientes y de las estructuras de soporte. Algunos de estos signos y síntomas son:

1. Desgaste o atrición anormal de los dientes, caracterizada por:

- Facetas en superficies dentarias que, por lo general, no son alcanzadas por los movimientos funcionales.
- Facetas exageradas en áreas funcionales.
- Ensanchamiento de las superficies oclusales.
- Reducción de la dimensión vertical, en casos más avanzados.

2. Ensanchamiento del ligamento periodontal y mayor densidad del hueso alveolar, lo cual suele ser una respuesta favorable del periodonto al aumentar la función.

3. Movilidad dentaria desmedida que no se explica por la pérdida ósea que produce la enfermedad periodontal destructiva crónica.

4. Contracciones visibles de los músculos de la masticación, especialmente de los maseteros.

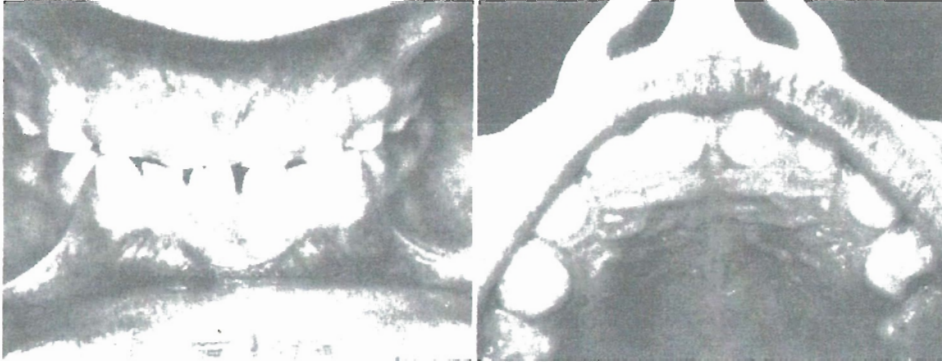
5. Sonidos audibles percibidos por otras personas.

6. Sensibilidad de los músculos de la masticación.



7. Fracturas inesperadas de dientes o restauraciones.

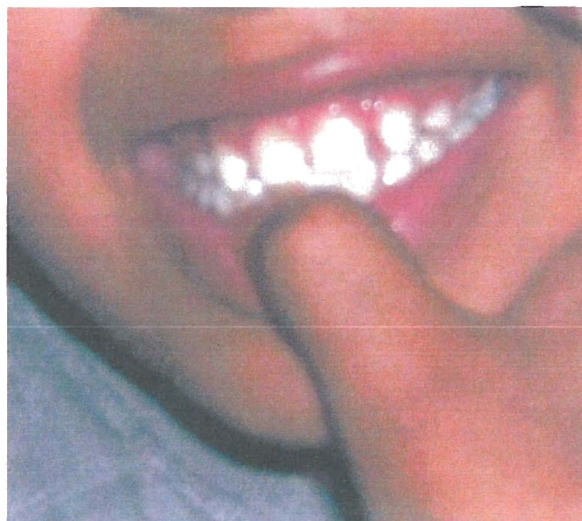
8. Síntomas de la articulación temporomandibular.<sup>26</sup>



Fuente: Ralph E. McDonald. Odontología pediátrica y del adolescente.

### 2.4.3 Onicofagia

Se define la onicofagia como el hábito de morderse las uñas. Es bastante frecuente en niños en edad escolar, observándose igual proporción en ambos sexos. Se calcula que cada 4 niños, uno tiene el hábito de morderse las uñas. La onicofagia alcanza su cumbre entre los 11 y los 13 años y no guarda relación con el nivel mental de la persona.<sup>26</sup>



Fuente directa



La mayoría de los autores están de acuerdo en ver en el onicófago una persona viva, hiperactiva, autoritaria, que exterioriza poco o mal sus sentimientos y vive en estado de tensión y de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante.<sup>26</sup>

Sogbe de A. menciona a Bowet, el cual considera que “el que se muerde las uñas” comparado con sus compañeros “normales”, parece ser más indiferente, inestable, distraído y desobediente.<sup>26</sup>

La etiología de la onicofagia se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora, encontrada en la mayoría de los pacientes con este hábito, acompañada dicha inestabilidad con cierto grado de tensión y ansiedad. Hasta este momento se ha considerado a estos niños difíciles o nerviosos. Es frecuente encontrar en el ambiente familiar una situación tensa o anormal entre los padres, una clara rivalidad entre hermanos o una inadaptación al medio escolar.

La onicofagia puede producirse juntamente con otros hábitos, tales como la succión; sin embargo, Sogbe de A. en su texto cita a Kanner, el cual ha insistido en las diferencias psicológicas existentes entre el paciente onicófago y el que succiona el dedo. El paciente con hábito de succión es calmado, plácido, difícilmente conmovible, mientras que el onicófago suele ser más vivo, hiperactivo, autoritario. No obstante, ambos síntomas pueden ir unidos.<sup>26</sup>

Sogbe de A. menciona en su texto que Gómez Herrera piensa que la onicofagia unida a la succión, responde a una misma tendencia: la de apartarse del medio ambiente y también cita que para Bovet, la onicofagia resume bien los diversos aspectos de un fenómeno motor.<sup>26</sup>





También, Sogbe de A. menciona en su texto que, para Shentoub, la onicofagia es un comportamiento agresivo pero con sentimiento de culpa, que tiende a volverse en agresividad contra el propio cuerpo y ahí el auto castigo y el masoquismo. Para este autor, la onicofagia viene a ser la prolongación de la succión.<sup>26</sup>

#### *Efectos sobre los tejidos*

En el texto de Sogbe de A. se cita que la onicofagia no produce maloclusiones puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a la del proceso masticatorio y menciona a Moyers, el cual establece que en aquellos casos en los que se pudiera encontrar alguna maloclusión podría estar asociada a este hábito.<sup>26</sup>

Entre los efectos sobre los tejidos encontrados se menciona la atrición de los dientes anteriores inferiores.

El desajuste social y psicológico de los pacientes onicófagos es de mayor importancia que los efectos que el hábito pudiera producir.<sup>26</sup> La acción de morderse las uñas puede lesionar los *lechos ungueales* \* mismos.<sup>25</sup>

En algunos casos, con la edad, este hábito tiende a desaparecer espontáneamente o puede ser sustituido por otros objetos como cigarrillos, lápices, etc, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.<sup>26</sup>

Vellini F. cita en su texto la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior.<sup>27</sup>

---

\***Lecho:** (bed) (Anatomía) Matriz de apoyo de un tejido, como los lechos ungueales constituidos por epidermis modificada sobre los que crecen las uñas de manos y pies.



#### **2.4.4 Hábito de respiración bucal.**

La respiración bucal normalmente está vinculada a pacientes con interposición de la lengua y de labio. La causa de la respiración bucal puede ser obstrucción de las vías aéreas superiores, desvío del septo, inflamación de la membrana basal, cornetes inflamados y adenoides, entre otros.

Lo que ocurre es que durante la inspiración y expiración el aire pasa solamente por la cavidad oral y, como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza y, al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico.

Se observa también una atresia transversal en la maxila con la consiguiente mordida cruzada posterior bilateral ósea.<sup>27</sup>

La respiración bucal conlleva a una abertura de los labios, un cambio de la postura craneocervical para facilitar la respiración (flexión posterior de la cabeza) y con ello la mandíbula efectúa una rotación hacia atrás de forma que la lengua queda en una posición descendida sin contacto con el paladar.<sup>29</sup>



Fuente: Vellini F. Ferreira. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica



Si el periodo de respiración oral se prolonga, este cambio en la postura de cabeza-mandíbula-lengua puede conducir a un cambio en el equilibrio de presiones sobre los dientes y los maxilares que de lugar a una afectación del crecimiento de los maxilares y de la posición de los dientes.<sup>29</sup>

En una visión extrabucal, el paciente posee facies adenoidea, es decir rostro alargado y estrecho, ojos caídos, ojeras profundas, surcos genianos marcados, labios entreabiertos, hipotónicos y resecos y surco nasolabial profundo. Estos pacientes tienen frecuentemente una deglución atípica y una postura de lengua y labio incorrecta.<sup>27</sup>

El niño no puede respirar normalmente por las fosas nasales y se ve obligado a mantener continuamente abierta la boca, con lo que se rompe el equilibrio bucal y las fuerzas musculares entran a actuar de una forma patológica, de manera que los incisivos superiores se inclinan hacia delante y el maxilar inferior se coloca hacia abajo y hacia atrás, por estar el niño con la boca abierta. También el labio superior está hipotónico y el inferior se puede colocar entre los incisivos superiores e inferiores.

Cuando se le pide al niño que cierre la boca, se aprecia una contracción muscular forzada para conseguirlo.<sup>10</sup>

#### *Efectos sobre los tejidos*

La respiración bucal tiene una serie de repercusiones a nivel general y en el desarrollo maxilofacial. Sobre el maxilar se han descrito las siguientes:

1. Opacidad e hipodesarrollo de los senos maxilares que constituyen la base de la arcada dentaria superior, ocasionando una hipotrofia de esta arcada.



2. Predominio de los músculos elevadores del labio superior en detrimento de los paranasales que se insertan en la parte anterior del maxilar y favorecen el crecimiento de la premaxila; es por ésto que se produce una elevación y retrusión de la espina nasal anterior.

3. Hipo desarrollo del maxilar global o sólo transversal, con endognacia y endoalveolia. En la respiración bucal se modifica la postura de la cabeza, ésta se inclina hacia atrás, los labios se separan y la lengua queda baja. Se rompe el equilibrio entre la presión excéntrica de la lengua, que no se ejerce, y la acción concéntrica de los músculos de la mejilla (buccinadores), comprimen lateralmente el sector premolar.

4. Protrusión incisiva por falta de presión labial; este dato no es constante y puede aparecer en lugar de protrusión apiñamiento incisivo.

*A nivel mandibular los hallazgos no son tan constantes y se observa:*

1. Prognatismo mandibular funcional por la posición baja de la lengua.

2. Rotación posterior mandibular con elongación de los rebordes alveolares que darían como resultado una relación intermaxilar de clase II y un aumento de la altura facial inferior.

3. Lateroposición funcional mandibular si la compresión maxilar no es muy grande, que puede llevar a laterognatia y provocar una asimetría mandibular y facial.

También se afirma que una insuficiencia respiratoria nasal deriva a una fascies adenoidea y otros trastornos funcionales que contribuyen a agravar la relación intermaxilar, oclusión dentaria y funcionalismo muscular, tales como:

- Interposición lingual que originaría una mordida abierta anterior o lateral.
- Sellado labial incompetente con contractura de la musculatura labiodental.



- Interposición labial.
- Deglución atípica.<sup>28</sup>

#### **2.4.5 Hábitos labiales**

Este tipo de hábitos entraña la manipulación de los labios y estructuras peribucales.



Fuente directa

Existen diversos tipos de hábitos labiales, y su influencia en la dentición es variable. Los hábitos de lamerse y retraer los labios son efectos relativamente benignos con relación a consecuencias dentales, mientras que los signos más evidentes son enrojecimiento, inflamación y sequedad de labios y tejidos peribucales durante épocas de frío.

Si bien algunos odontólogos han utilizado aparatos para suspender estos hábitos, es poco lo que puede hacerse al respecto, de modo que el tratamiento suele ser paliativo y se limita a humectación de los labios.

Aunque la mayor parte de estos hábitos no producen problemas dentales, es obvio que la succión y mordedura de labios, sobre todo si el niño lo realiza con suficiente intensidad, frecuencia y duración, puede hacer que persista una maloclusión ya existente. Sin embargo, no es fácil saber con certeza si estos hábitos pueden crear la maloclusión.



La presentación más frecuente de succión labial es la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, con lo cual se aplica una fuerza en dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra en sentido vestibular de los dientes superiores, y retroclinación de los incisivos inferiores, presentando un mayor grado de sobremordida horizontal.

Este problema es muy usual en la dentición mixta y permanente, y su tratamiento depende de la relación esquelética del paciente y la presencia o ausencia de espacio en la arcada.<sup>25</sup>

Es un hábito que se presenta en las maloclusiones que se acompañan de un gran resalte incisivo (los niños con mucho espacio horizontal entre los dientes anteriores superiores e inferiores), aunque a veces aparece como una variante ó una sustitución de la succión digital. También da como resultado una mordida abierta anterior (no hay contacto vertical entre los incisivos superiores e inferiores).<sup>10</sup>

Algunos autores, como Braham, lo denominan queilofagia, las lesiones resultantes son más discretas que las traumáticas por accidente o posanestesia. El niño que presenta este hábito suele estar pasando por un estrés emocional, que con frecuencia es el resultado de infelicidad y conflictos en el hogar. La responsabilidad del odontólogo es llevar el hábito a la atención de los padres y efectuar recomendaciones de asesoramiento terapéutico.<sup>16</sup>



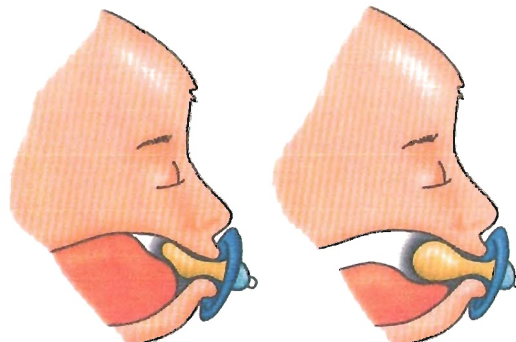
#### 2.4.6 Hábito de chupón

Los cambios dentales que ocasiona este tipo de hábito son similares a los que producen los hábitos digitales, y no hay consenso claro que indique diferencias terapéuticas. En los niños que usan chupón, se observa de manera constante una mordida abierta anterior y colapso maxilar. El movimiento labial de los incisivos superiores no siempre es tan pronunciado como en el hábito digital.<sup>25</sup>

Este hábito produce mordida abierta anterior (como en los hábitos de sección digital y hábito de labio) y también presenta un paladar más estrecho, con mordida cruzada posterior por un incremento de la actividad de la musculatura de las mejillas y por desplazamiento de la lengua hacia detrás y hacia abajo, que hace que disminuya el soporte y la presión lingual a nivel de caninos y molares temporales.<sup>10</sup>

En la actualidad se manufacturan chupones que, de acuerdo con sus fabricantes, semejan mucho el pezón materno y no son tan nocivos a la dentición como el pulgar o un chupón común. Los hábitos con el chupón al parecer se eliminan antes que los de succión digital.

Pinkham cita en su texto que, Helle y Haavikko, en 1974, informaron que en más del 90 por ciento de los niños que presentan el hábito de chupón, éste se interrumpe antes de los cinco años de edad y el 100 por ciento hacia los ocho años.<sup>25</sup>



Fuente: Vellini F. Ferreira. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica



Desde el punto de vista teórico es más fácil erradicar los hábitos de chupón que los digitales, porque es posible suspender el uso del chupón de manera paulatina o total con charlas y explicaciones, lo cual es desde luego muy difícil con los hábitos digitales.<sup>25</sup>

#### **2.4.7 Interposición lingual o deglución atípica.**

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual, como son:

- La succión digital y del chupón, apareciendo el hábito de interposición lingual como una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.<sup>2</sup>

- En el texto de Planells del pozo se menciona que, en la alimentación artificial, Muelas y Westover señalan lo inadecuado del orificio en los biberones, ya que algunos son demasiado grandes, ocasionando que el bebé interponga la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.<sup>2</sup>

- Los problemas respiratorios, como la existencia de unas amígdalas inflamadas o hipertrofiadas, ocasionan que la raíz de la lengua quede comprimida; para evitarlo, la mandíbula desciende de forma refleja, separando los dientes y proporcionando mayor espacio para adelantar la lengua durante la deglución en una posición más cómoda. En los problemas respiratorios se produce, además, una falta de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares y, al faltar el sellado, no se produce un freno en el adelantamiento de la lengua.<sup>2</sup>



Fuente: Vellini F. Ferreira. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica





- La macroglosia obliga a la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, a adoptar una posición más adelantada.<sup>2</sup>
- Las alteraciones cerebrales dificultan la coordinación motora, necesaria para las funciones que realizan las arcadas o la lengua y el desarrollo de un patrón de deglución correcto.
- En los problemas psicológicos, la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.
- La existencia de una mordida abierta, si bien no existe acuerdo respecto a si la actividad protrusiva de la lengua es la causa o la consecuencia de la maloclusión.
- Interposición del labio inferior.
- Pérdida prematura de los dientes temporales.
- La interposición lingual puede aparecer también a lo largo de un tratamiento ortodóncico ya sea cuando éste requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual. Tal interposición puede ser temporal o permanente.<sup>2</sup>

#### *Tipos de deglución atípica*

- Deglución con presión atípica del labio, interposición labial, ocurre en pacientes que normalmente en reposo, los labios no entran en contacto. En el momento de la deglución, el cierre de la parte anterior de la cavidad oral no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.<sup>27</sup>

Los incisivos inferiores, de esta manera, se inclinan en sentido lingual, apiñándose, mientras los incisivos superiores se vestibularizan; como el labio superior no participa en la deglución se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo el labio inferior, por su gran participación, se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumentando el resalte y la sobremordida. El desplazamiento



vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.

- Deglución con presión atípica de la lengua. En el momento de deglutir, los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos, interponiéndose a veces, entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y de las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula no muestran ninguna contracción.<sup>27</sup>

Las degluciones con presión atípica de la lengua se clasifican en:

Tipo I – No causa deformación.

Tipo II – Con presión lingual anterior.

La lengua, durante la deglución, ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

- Mordida abierta anterior. La presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos, la lengua se queda en una posición, que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.

- Mordida abierta y vestibularización. La lengua, además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos superiores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular, vestibuloversión.

- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.<sup>27</sup>



Tipo III.- Con presión lingual lateral.

La presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes 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 ocasionada por la ruptura del equilibrio muscular de este lado.<sup>27</sup>

Tipo IV.- Con presión lingual anterior y lateral.

Las maloclusiones resultantes son:

- Mordida abierta anterior y lateral.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.<sup>27</sup>

Existen otras alteraciones como son:

- Alteraciones fonéticas como el ceceo.
- Freno en la erupción de un diente permanente cuando se ha perdido el temporal precozmente y la lengua se ha interpuesto de forma viciosa.<sup>2</sup>



### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los hábitos bucales perniciosos, entre otros, son un factor etiológico importante en el desarrollo de maloclusiones. La frecuencia de los hábitos bucales perniciosos en la Clínica Periférica Oriente “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM se desconocía. Por eso fue importante determinar la frecuencia de hábitos bucales perniciosos en esta población infantil que solicitó atención odontológica en esta clínica.

De aquí surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué hábito será más frecuente?

¿Los hábitos bucales perniciosos predominarán en el sexo masculino?

¿Los hábitos bucales perniciosos predominarán en pacientes de 4 a 10 años de edad?

### **4. JUSTIFICACIÓN**

El diagnóstico en edades tempranas de algún tipo de hábito bucal pernicioso puede prevenir alteraciones como: maloclusiones, enfermedades periodontales y psicológicas, entre otras.

Por lo tanto, lo que una familia puede invertir para prevenir, será mucho menos que si invierte para solucionar un problema mayor como apiñamiento dental, una mordida cruzada anterior o posterior, entre otras.



Por tal motivo los hábitos bucales se pueden eliminar en edades tempranas, evitando así altos costos de los tratamientos ortodóncicos y ortopédicos.

Fue por este motivo que se realizó este estudio para determinar la frecuencia de hábitos bucales perniciosos en esta población infantil y de esta manera poder establecer programas de educación para la salud orientados a los padres de los niños que acudieron a dicha clínica.

Debido a los escasos reportes de investigaciones relacionadas con frecuencia de hábitos bucales perniciosos en nuestro país, se realizó el presente estudio. Así mismo, se pretende que la información que se obtuvo sirva como línea de investigación para futuros estudios y como una referencia más a los estudiantes de la Facultad de Odontología.

## **5. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la frecuencia de hábitos bucales perniciosos en niños que acudieron a la Clínica Periférica Oriente “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM.

### **Objetivos específicos**

- Identificar los diferentes tipos de hábitos bucales perniciosos que se presentaron en niños que acudieron a la Clínica Periférica Oriente “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM.
- Determinar qué hábitos perniciosos son más frecuentes por edad y por sexo.



Por tal motivo los hábitos bucales se pueden eliminar en edades tempranas, evitando así altos costos de los tratamientos ortodóncicos y ortopédicos.

Fue por este motivo que se realizó este estudio para determinar la frecuencia de hábitos bucales perniciosos en esta población infantil y de esta manera poder establecer programas de educación para la salud orientados a los padres de los niños que acudieron a dicha clínica.

Debido a los escasos reportes de investigaciones relacionadas con frecuencia de hábitos bucales perniciosos en nuestro país, se realizó el presente estudio. Así mismo, se pretende que la información que se obtuvo sirva como línea de investigación para futuros estudios y como una referencia más a los estudiantes de la Facultad de Odontología.

## **5. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la frecuencia de hábitos bucales perniciosos en niños que acudieron a la Clínica Periférica Oriente “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM.

### **Objetivos específicos**

- Identificar los diferentes tipos de hábitos bucales perniciosos que se presentaron en niños que acudieron a la Clínica Periférica Oriente “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM.
- Determinar qué hábitos perniciosos son más frecuentes por edad y por sexo.



## **HIPÓTESIS**

**Hi** Los hábitos con mayor prevalencia son la succión digital y la respiración bucal.

**Ha1** Los hábitos con mayor prevalencia son el hábito lingual y deglución atípica.

**Hi** Los hábitos con mayor prevalencia son el hábito de labio y el hábito de chupón.

**Ha2** Los hábitos con mayor prevalencia son el bruxismo y la onicofagia.

**Hi** La prevalencia de los hábitos bucales perniciosos es mayor en el sexo femenino que en el masculino.

**Ha3** La prevalencia de los hábitos bucales perniciosos es mayor en el sexo masculino que en el femenino.

**Hi** Los pacientes de 4 a 6 años de edad presentan mayor prevalencia de hábitos bucales perniciosos que los pacientes de 7 a 9 años de edad.

**Ha4** Los pacientes de 7 a 9 años de edad presentan mayor prevalencia de hábitos bucales perniciosos que los pacientes de 4 a 6 años de edad.

## **6. METODOLOGÍA**

A cada padre de familia o tutor que se presentó a la clínica de odontopediatría, se le proporcionó una carta “consentimiento informado” solicitando la autorización para que su hijo o hija participara en el trabajo de investigación.

A los padres de familia o tutores, se les interrogó previo a la revisión de los niños, con la finalidad de que proporcionaran información con relación a los niños, como la edad, sexo y los hábitos bucales perniciosos que presentaban sus hijos en ese momento, el tiempo de presentar el hábito (días, meses, años), la frecuencia con la que realiza el hábito y el tiempo en horas al día que realiza el hábito (Anexo II).



## **HIPÓTESIS**

**Hi** Los hábitos con mayor prevalencia son la succión digital y la respiración bucal.

**Ha1** Los hábitos con mayor prevalencia son el hábito lingual y deglución atípica.

**Hi** Los hábitos con mayor prevalencia son el hábito de labio y el hábito de chupón.

**Ha2** Los hábitos con mayor prevalencia son el bruxismo y la onicofagia.

**Hi** La prevalencia de los hábitos bucales perniciosos es mayor en el sexo femenino que en el masculino.

**Ha3** La prevalencia de los hábitos bucales perniciosos es mayor en el sexo masculino que en el femenino.

**Hi** Los pacientes de 4 a 6 años de edad presentan mayor prevalencia de hábitos bucales perniciosos que los pacientes de 7 a 9 años de edad.

**Ha4** Los pacientes de 7 a 9 años de edad presentan mayor prevalencia de hábitos bucales perniciosos que los pacientes de 4 a 6 años de edad.

## **6. METODOLOGÍA**

A cada padre de familia o tutor que se presentó a la clínica de odontopediatría, se le proporcionó una carta "consentimiento informado" solicitando la autorización para que su hijo o hija participara en el trabajo de investigación.

A los padres de familia o tutores, se les interrogó previo a la revisión de los niños, con la finalidad de que proporcionaran información con relación a los niños, como la edad, sexo y los hábitos bucales perniciosos que presentaban sus hijos en ese momento, el tiempo de presentar el hábito (días, meses, años), la frecuencia con la que realiza el hábito y el tiempo en horas al día que realiza el hábito (Anexo II).





El tiempo de presentar el hábito en cada niño (a) es importante, ya que es un factor de riesgo, junto con la frecuencia y la intensidad, para causar probablemente una maloclusión.

El paciente fue recibido por el pasante de la F.O. de la UNAM. Los pacientes se examinaron en una unidad dental con luz artificial, con un espejo dental No. 5, previamente esterilizado, guantes y cubrebocas.

Los datos fueron registrados en el anexo II con una "X" en cada casilla dependiendo del hábito o hábitos que presentaba el paciente. Se registró con números el día, el mes y el año o años desde que se presentó el hábito; la frecuencia se marco con una "X" señalando si es en la mañana, tarde o noche. Por último, el tiempo se registró con números de acuerdo a las horas en las que en un día realiza el hábito.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **6.1. Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo y transversal.

### **6.2. Población de estudio**

Pacientes de edad preescolar y escolar de ambos sexos, que asistieron a la clínica periférica oriente "Dr. Salomón Evelson Guterman" de la UNAM en el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2004.

### **6.3. Muestra**

Tipo de muestra: disponible.

La muestra estuvo constituida por 84 pacientes, que firmaron la carta consentimiento (ver anexo I), que se presentaron los días de las entrevistas y cumplieron los criterios de inclusión.



#### **6.4. Criterios de inclusión y exclusión**

##### a) Criterios de inclusión.

- Pacientes que se presentan a la Clínica Periférica Oriente “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM en el 2004
- Pacientes que acudan en el turno matutino.
- Pacientes de 2 a 11 años de edad.
- Pacientes con autorización de los padres o tutores.

##### b) Criterios de exclusión.

- Pacientes sin autorización de los padres o tutores.
- Pacientes mayores de 11 años.

#### **6.5. Variables**

##### a) Variable dependiente.

Tipo de hábito bucal pernicioso.

##### b) Variables independientes.

Sexo.

Edad.



## 6.6. Operacionalización

- **Hábito bucal pernicioso.** Cada hábito se registro de la siguiente manera:

**Hábito de succión.** Se registró cuando se observó el desplazamiento de los dientes, mordida abierta, proclinación de los dientes superiores; aquellos dedos que estaban comprometidos aparecían enrojecidos, excepcionalmente limpios, con una uña corta o aplanada y una callosidad en la parte del dedo donde se realiza la succión.<sup>9, 26</sup>



Fuente directa

**Bruxismo.** Se registró cuando se observó un desgaste o atrición excesiva de los dientes, reducción de la dimensión vertical, movilidad dentaria, la cara oclusal de molares aplanadas y desgaste lingual de los dientes anteriores superiores, hipersensibilidad dentaria, pérdida de piezas dentarias. Se le preguntó al padre o tutor del paciente si había tenido alguna fractura inesperada de algún diente o restauración, si su hijo o hija tenía dolores de cabeza frecuentes, de cuello y espalda, si percibía algún sonido emitido por los dientes del niño, algún síntoma de la articulación temporo-mandibular, como dolor. Se palparon los músculos de la masticación para poder determinar si estaban sensibles o no.<sup>10,15,16,25</sup>



Fuente directa

**Onicofagia.** Se registró cuando se presentó atrición de los dientes anteriores y una uña o uñas mal cortadas (mordisqueadas) <sup>25</sup>



Fuente directa

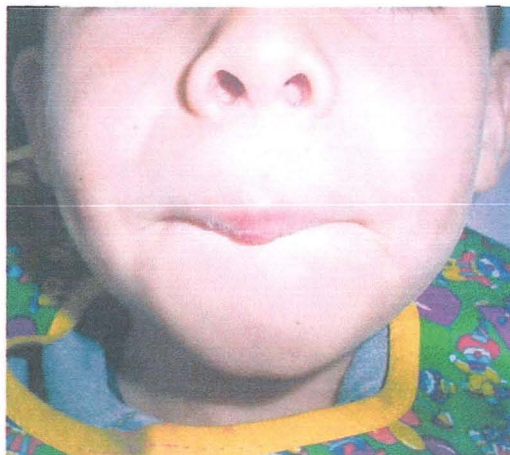
**Hábito de respiración bucal.** Se registró cuando se observó la boca seca, resequedad en los labios e irritación de la mucosa faríngea. Así mismo, se observó el labio superior corto que dejaba expuestos los incisivos superiores y el labio inferior grueso y evertido, aumento del tercio inferior de la cara y retrusión del mentón. Se observó si el paladar se encontraba alto o atrésico, si la cabeza se encontraba inclinada, hacia atrás. Se preguntó si el niño roncaba, si dormía con la boca abierta, si tenía frecuentes infecciones en las amígdalas, si el niño mantenía la boca abierta día y noche. <sup>5,9,26</sup>





Fuente directa

**Hábitos labiales.** Se registró cuando los labios y tejidos peribucales se observaban con enrojecimiento, inflamación, sequedad, cuando había retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, lo cual podía provocar inclinación vestibular de los dientes superiores y retroinclinación de los incisivos inferiores, así como mayor grado de sobremordida horizontal.<sup>9, 16</sup>



Fuente directa



• **Hábito del chupón.** Cuando se observó mordida abierta anterior y colapso maxilar, paladar más estrecho con mordida cruzada posterior por el incremento de la actividad de la musculatura de las mejillas. El movimiento labial de los incisivos superiores no siempre es tan pronunciado como en el hábito de succión digital. Se le preguntó al padre o tutor si su hijo (a) usaba chupón o mamila.<sup>10,16</sup>

**Interposición lingual.** Se observó la posición de la lengua durante la deglución palpando el músculo temporal, ya que este músculo se contrae, mientras que la mandíbula se eleva y los dientes se mantienen juntos, esto con el fin de excluir la deglución atípica. La macroglosia también obliga a la lengua a adoptar una posición más adelantada, También se observó mordida abierta.<sup>9, 13</sup>



Fuente directa

**Deglución atípica.** se registró cuando se observó la musculatura perioral, si estaba hiperactiva o no (signo característico de la deglución atípica), la ausencia de contracción del masetero palpando este mismo, y la desviación de los patrones de una deglución madura como son: la oclusión de todos los dientes (esto se hizo pidiéndole al paciente que deglutiera y se observó con un espejo el contacto oclusal), el contacto de la lengua con la parte anterior del paladar y una contracción mínima de los labios (esto se hizo observando los labios en el momento de deglutir). Se observó la presencia o ausencia de la interposición lingual entre la mandíbula y el maxilar al momento de deglutir. También se observó la presencia o ausencia de la mordida abierta.





Fuente directa

- **Sexo.** Se registró como femenino o masculino.
- **Edad.** Número de años cumplidos. Fue la reportada por los padres del paciente el día de la entrevista.

#### **6.7. Recolección y análisis de la información**

La recolección de la información fue por medio de encuesta en forma directa e indirecta, con base en un interrogatorio y un examen bucal.

Una vez obtenida la información se procedió a ordenarla y el análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa estadístico Microsoft Excel XP y SPSS.

Para obtener los resultados, se utilizaron los siguientes parámetros: la variable edad se reportaron promedio (media aritmética) y desviación estándar, para la variable sexo se reportó porcentaje (%), y para las variables de hábitos bucales se reportaron análisis de frecuencia y porcentaje (%), según la edad y el sexo.



## 7. Resultados

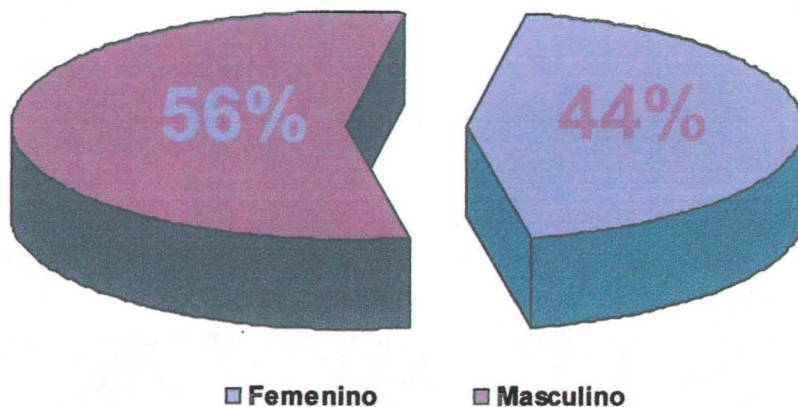
La población sujeta a estudio estuvo constituida por un total de 84 pacientes de los cuales el 56% (47 pacientes) pertenece al sexo masculino, mientras que el 44% (37pacientes) al sexo femenino. (Cuadro 1 y gráfico 1).

**Cuadro 1.** Distribución porcentual de género en el total de pacientes de la Clínica Periférica "Dr. Salomón Evelson Guterman" de la UNAM en el 2004.

Sexo	Porcentaje (%)	Frecuencia
Femenino	44	37
Masculino	56	47
Total	100	84

Fuente directa

**Gráfico 1.** Distribución porcentual de género en el total de pacientes de la Clínica Periférica "Dr. Salomón Evelson Guterman" de la UNAM en el 2004.



Fuente directa





La edad promedio para todo el grupo fue de 6 años de edad con una desviación estándar (d.e.) +/- 2 para cada uno de los integrantes. (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Distribución promedio y desviación estándar de la edad en el total de pacientes de la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM en el 2004

Edad Promedio	d e +/-
6	2

Fuente directa

De 84 pacientes registrados, la distribución por edad y sexo fue la siguiente: para el sexo masculino la mayor frecuencia de edad es de 4 años con 8 pacientes, y para el sexo femenino es de 5 y 6 años con 8 pacientes en cada edad. (Cuadro 3 y gráfico 2).

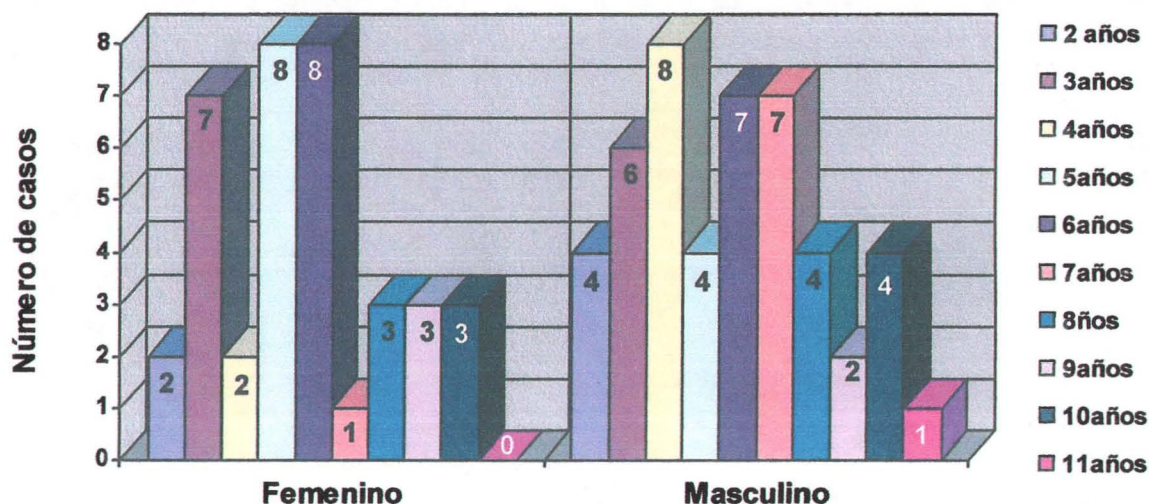
**Cuadro 3.** Distribución de frecuencia de edad y sexo en el total de pacientes de la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM en el 2004.

Edad	Sexo		Total
	Frecuencia		
	Femenino	Masculino	
2	2	4	6
3	7	6	13
4	2	8	10
5	8	4	12
6	8	7	15
7	1	7	8
8	3	4	7
9	3	2	5
10	3	4	7
11	0	1	1
Total	37	47	84

Fuente directa



**Gráfico 2.** Distribución de frecuencia de edad y sexo en el total de pacientes de la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM en el 2004.



Fuente directa

Del total de pacientes atendidos el 33.3% (28 pacientes) no presentaron ningún hábito, mientras que el 66.7% (56 pacientes) presentaron algún tipo de hábito. (Cuadro 4 y gráfico 3).

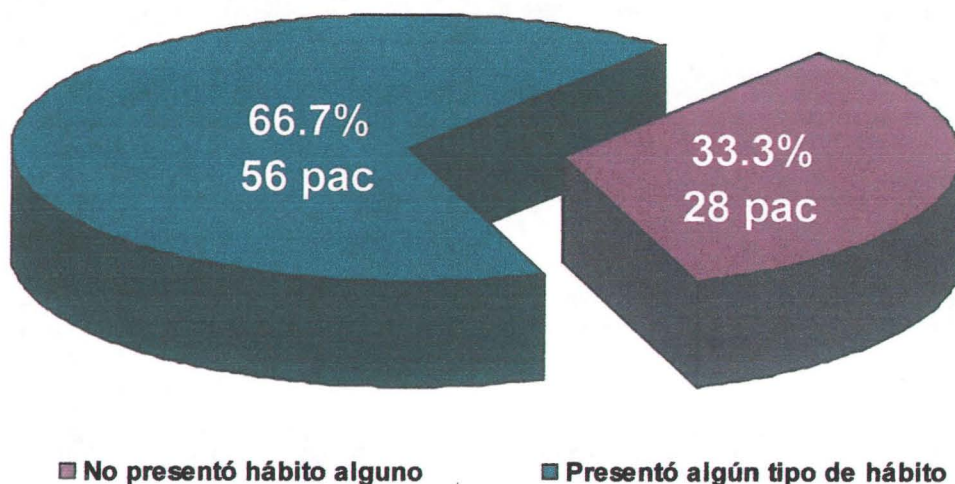
**Cuadro 4.** Distribución porcentual y de frecuencia del total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM en el 2004 que presentaron o no algún tipo de hábito.

Hábito	Porcentaje	Frecuencia
No presentaron	33.3 %	28
Presentaron	66.7 %	56
Total	100 %	84

Fuente directa



**Gráfico 3.** Distribución porcentual y de frecuencia del total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman” de la UNAM en el 2004 que presentaron o no algún tipo de hábito.



Fuente directa

De los 56 pacientes (66.7%) que presentaron algún hábito, 28 pacientes (33.35%) presentaron un hábito, 19 pacientes (22.63%) presentaron dos hábitos y 9 pacientes (10.71%) presentaron más de dos hábitos. (Cuadro 5 y gráfico 4)

**Cuadro 5.** Distribución porcentual y de frecuencia de los pacientes que presentaron algún hábito en la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman de la UNAM” en el 2004.

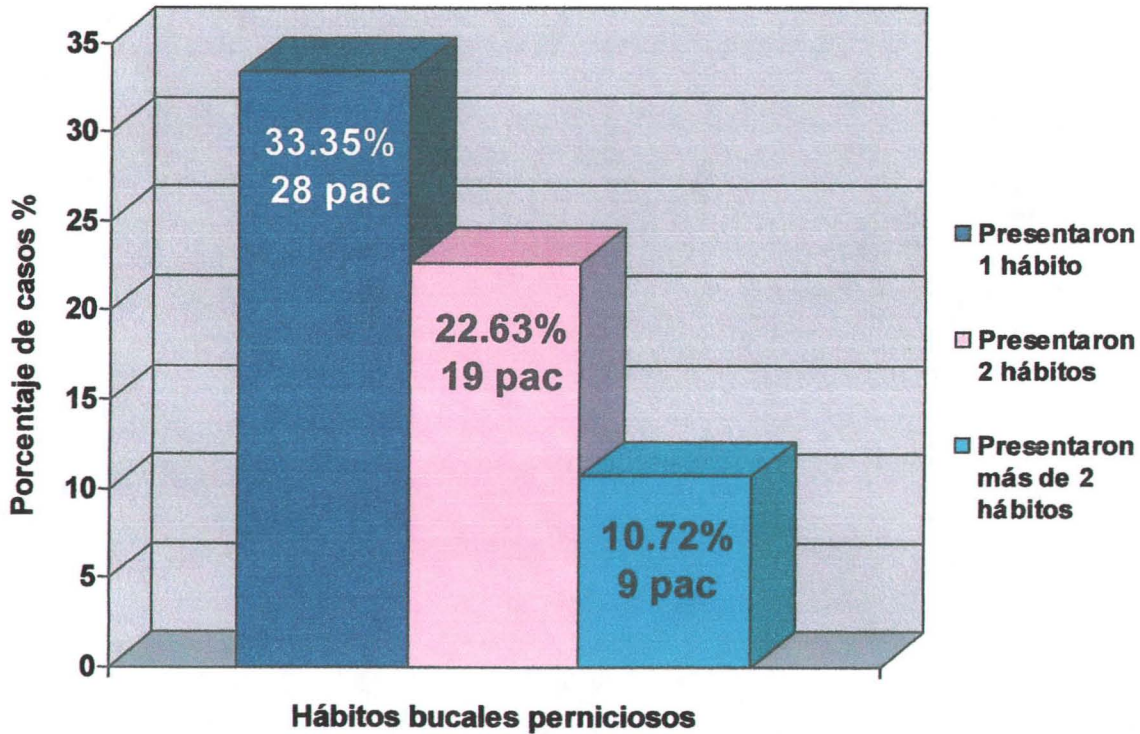
	Porcentaje	Frecuencia
Presentaron 1 hábito	33.35 %	28
Presentaron 2 hábitos	22.63 %	19
Presentaron más de 2 hábitos	10.72 %	9

Fuente directa





**Gráfico 4.** Distribución porcentual y de frecuencia de los pacientes que presentaron algún hábito en la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guterman de la UNAM” en el 2004.



Fuente directa

De los 56 pacientes (66.7%) que presentaron algún hábito, se obtuvo una frecuencia de 96 hábitos bucales perniciosos, donde la distribución porcentual obtenida de estos fue de la siguiente manera: el hábito más frecuente que se encontró en la población estudiada fue la onicofagia con el 22.95 % (22 pacientes), seguida del hábito de lengua y hábito de labio con 15.6% (15 pacientes) y el hábito con menor frecuencia fue el de chupón con 2.1% (2 pacientes). (Cuadro 6 y gráfico 5)



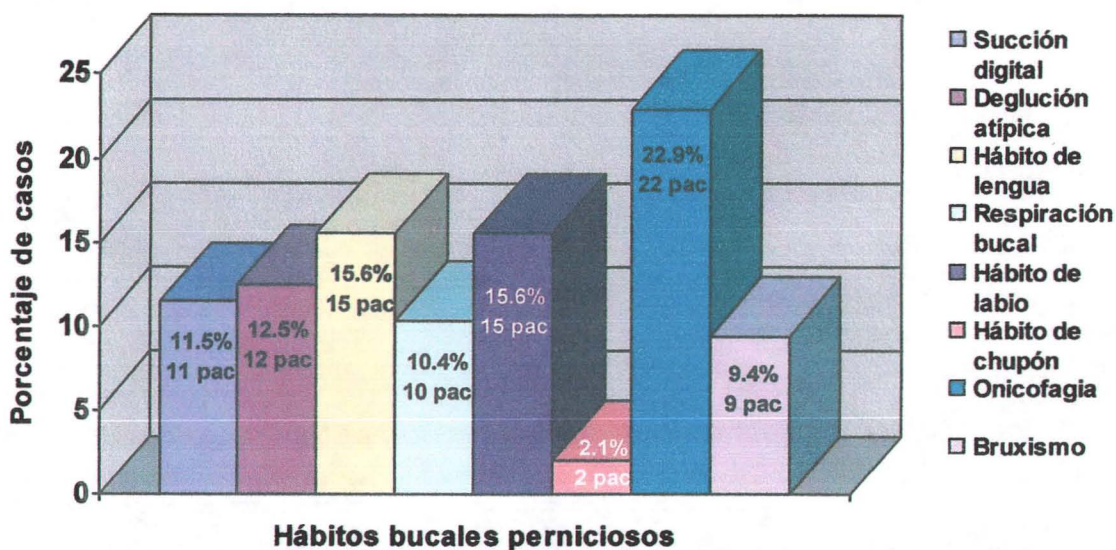
### Cuadro 6.

Distribución porcentual y de frecuencia de hábitos bucales perniciosos en el total de pacientes de la Clínica Periférica "Dr. Salomón Evelson Guterman" de la UNAM en el 2004.

Hábitos	Porcentaje	Frecuencia
Succión digital	11.5 %	11
Deglución atípica	12.5 %	12
<b>Hábito de lengua</b>	<b>15.6 %</b>	<b>15</b>
Respiración bucal	10.4 %	10
<b>Hábito de labio</b>	<b>15.6 %</b>	<b>15</b>
<i>Hábito de chupón</i>	2.1 %	2
<b>Onicofagia</b>	<b>22.9 %</b>	<b>22</b>
Bruxismo	9.4 %	9
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>96</b>

Fuente directa

**Gráfico 5.** Distribución porcentual y de frecuencia de hábitos bucales perniciosos en el total de pacientes de la Clínica Periférica "Dr. Salomón Evelson Guterman" de la UNAM en el 2004.



Fuente directa



Es importante destacar que en los niños de 10 años de edad (siete) se detectaron 18 hábitos, en los niños de 6 años de edad (quince) se presentaron 13 hábitos y en los niños de 3 años de edad (trece) se presentaron 12 hábitos; la mayor frecuencia de hábitos se presentó en niños de 2 a 6 años (cincuenta y seis) con 52 hábitos. La onicofagia tuvo la mayor frecuencia en niños de 10 años con un total de 6. (Cuadro7 y gráfico 6)

**Cuadro 7.**

Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos por edad en el total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guternan” de la UNAM en el 2004.

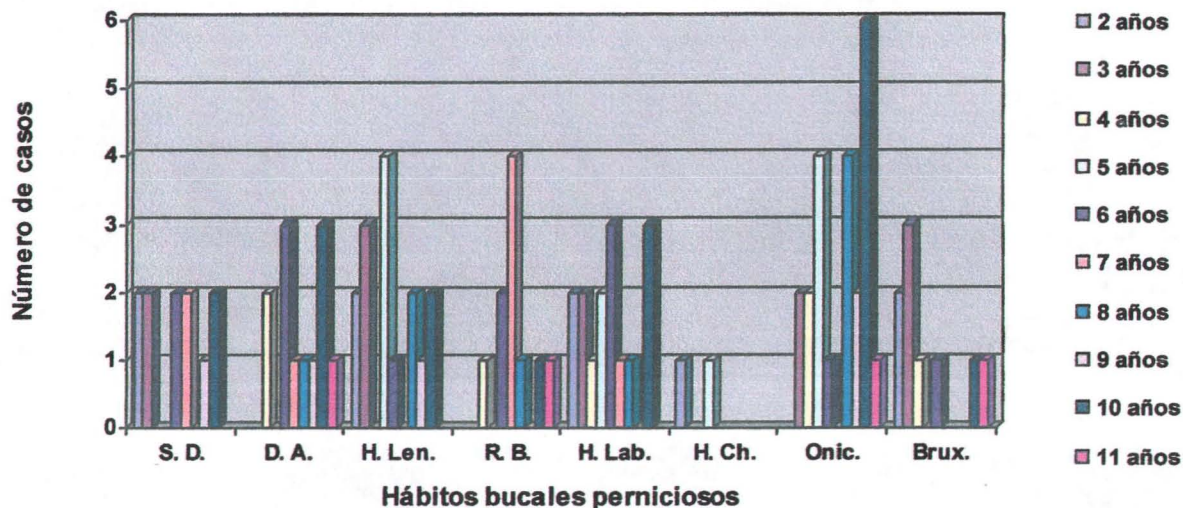
Edad	Succión Digital	Deglución atípica	Hábito de lengua	Respiración bucal	Hábito de labio	Hábito de chupón	<b>Onicofagia</b>	Bruxismo	Total	Total de hábito en niños de 2 a 6 años
2	2		2		2	1		2	9	52
3	2		3		2		2	3	12	
4		2		1	1		2	1	7	
5			4		2	1	4		11	
6	2	3	1	2	3		1	1	13	
7	2	1		4	1				8	44
8		1	2	1	1		4		9	
9	1	1	1				2		5	
10	2	3	2	1	3		6	1	18	
11		1		1			1	1	4	
<b>Total</b>	11	12	15	10	15	2	22	9	96	

Fuente directa





**Gráfico 6.** Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos por edad en el total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guternan” de la UNAM en el 2004.



Fuente directa

En el sexo masculino se registró la mayor frecuencia de hábitos bucales perniciosos con 58. El hábito que tuvo la mayor frecuencia en el sexo femenino fue la onicofagia con 12 y en el sexo masculino fue también la onicofagia y el hábito de labio con 10 en total. (Cuadro 8 y gráfico 7)

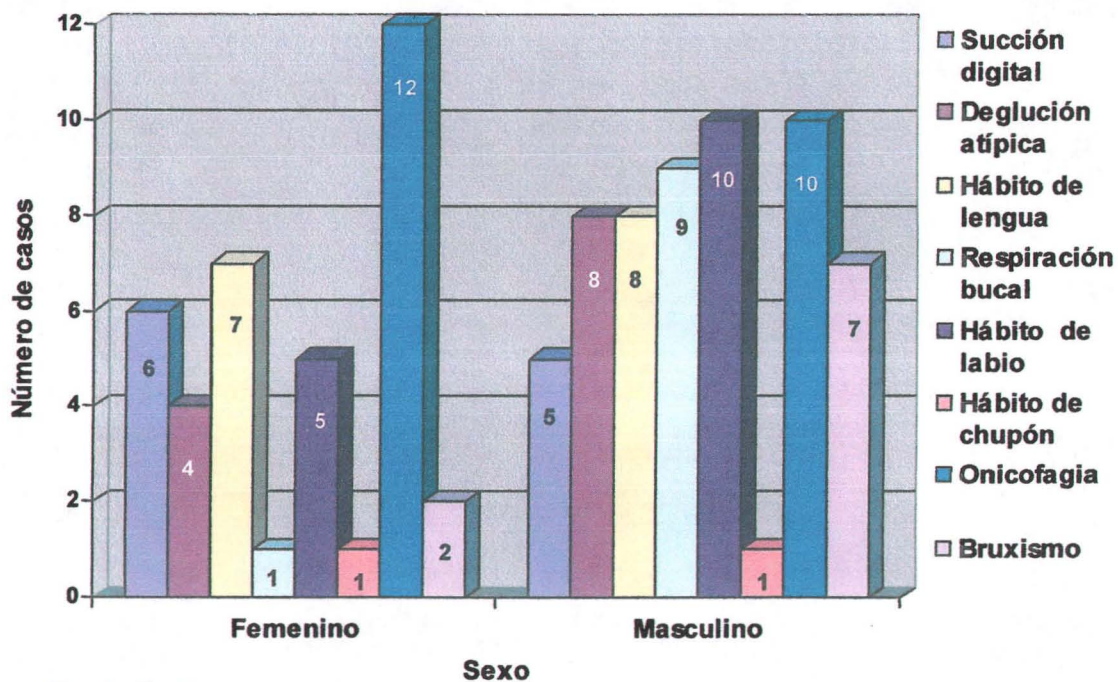
**Cuadro 8.** Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos según el sexo en el total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica “Dr. Salomón Evelson Guternan” de la UNAM en el 2004.

Sexo	Succión digital	Deglución atípica	Hábito de lengua	Respiración bucal	Hábito de labio	Hábito de chupón	Onicofagia	Bruxismo	Total
Femenino	6	4	7	1	5	1	12	2	38
Masculino	5	8	8	9	10	1	10	7	58
Total	11	12	15	10	15	2	22	9	96

Fuente directa



**Gráfico 7.** Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos según el sexo en el total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica "Dr. Salomón Evelson Guterman" de la UNAM en el 2004.



Fuente directa





## 8. DISCUSIÓN

En este estudio se obtuvo una frecuencia de hábitos bucales perniciosos de 66.7% donde el 33.35% presentó sólo un hábito, el 22.63% dos hábitos y el 10.72% más de dos hábitos.

El sexo masculino fue el más frecuente con un 55.95% y la edad promedio de toda la población estudiada fue de 6 años.

Comparando estos resultados con otros estudios se puede observar que son similares. Fernández y Acosta obtuvieron un 68.15% de prevalencia de hábitos, Agurto y cols. reportaron un 66% en frecuencia de hábitos; Gacitúa y cols. registraron un 87% de prevalencia de hábitos y una distribución según el sexo bastante homogénea (51% sexo masculino y 49% sexo femenino). Este último difiere totalmente de los resultados de esta investigación posiblemente por el tamaño de muestra que ellos obtuvieron.

El hábito que con más frecuencia se presentó en este estudio fue la onicofagia con el 22.9%, comparando con otros estudios coincidimos con el de Fernández y Acosta, ya que ellos reportaron un 28.52%. Por otro lado, Maya Hernández reportó el 5%, siendo este menor probablemente por el tamaño de muestra que reportó.

Con relación al hábito de labio, en este estudio se obtuvo un 15.6%, siendo muy similar al estudio realizado por Fernández y Acosta quienes reportaron un 12.96%. Por otro lado Gacitúa y cols. obtuvieron un alto promedio de 28 % siendo este promedio alto comparado con los estudios mencionados anteriormente, probablemente por el tamaño muestral.



El hábito de lengua se reportó con un 15.6%, el cual coincide al de Agurto y cols, pues ellos obtuvieron el 15%; mientras tanto, Maya Hernández reportó un 5%, siendo este último bajo en comparación con los resultados obtenidos en este estudio, probablemente porque su muestra fue menor.

En la deglución atípica se registró el 12.5%, comparándolo con los resultados de Gacitúa y cols. 25%, el promedio fue bajo.

La succión digital obtuvo 11.5% siendo bajo este promedio en comparación con el estudio de Gacitúa y cols donde obtuvieron el 24%. Por otro lado, Agurto y cols reportaron el 62%, donde específicamente la succión digital obtuvo el 24 %; Maya Hernández reportó el 40%. Sólo Fernández y Acosta obtuvieron el 15.26%, siendo este último muy similar a los resultados de esta investigación.

La respiración bucal registró un 10.4% siendo este promedio muy bajo en comparación con el estudio de Gacitúa y cols que obtuvieron el 23%, al igual que en el estudio de Agurto y cols. Ávila y Sandoval reportaron el 48.7% y Fernández y Acosta reportaron el 15.93% siendo los resultados muy similares a los de esta investigación.

El bruxismo obtuvo el 9.4% siendo un poco alto en comparación con los resultados de Fernández y Acosta que reportaron 3.33%.

Por último, tenemos que el hábito de chupón es el menos frecuente con el 2.1%, siendo este resultado similar en comparación con el estudio de Fernández y Acosta que reportaron el 5.19%; por otro lado, Maya Hernández obtuvo el 25%, siendo este promedio muy alto en comparación con los resultados de esta investigación probablemente por el tamaño de la muestra.



## 9. Conclusiones

- En esta investigación sólo se reportó el hábito bucal pernicioso, en virtud de que el tiempo de presentar el hábito (días, meses, años), la frecuencia y el tiempo (horas en un día), no se tomaron en cuenta, ya que los datos obtenidos no eran confiables, debido a que los familiares no recordaban con exactitud dicha información o no la sabían.
- El hábito bucal pernicioso de mayor frecuencia se presentó en el sexo masculino, posiblemente porque el número de pacientes de este género fue mayor al del género femenino.
- El número de pacientes de 2 a 6 años fue mayor en comparación con los pacientes de 7 a 11 años, por lo tanto, la frecuencia de hábitos bucales perniciosos fue mayor para este grupo etario.
- De las hipótesis de investigación sólo una se demostró satisfactoriamente la de edad. De las hipótesis alternas, solo la de género se demostró.
- Una de las razones por las que las hipótesis de investigación y las hipótesis alternas no fueron demostradas satisfactoriamente puede ser por la combinación de hábitos que se hizo al establecer las hipótesis.
- Se sugiere que se realicen investigaciones similares en la Facultad de Odontología de la UNAM, así como en sus diferentes clínicas periféricas, debido a que hay escasos estudios publicados y consecuentemente podrán obtenerse muestras más amplias en la población mexicana, lo que permitirá obtener la frecuencia de los hábitos bucales perniciosos y con esta información se podrá planificar programas de educación para la salud, dirigidos a padres de familia y a sus hijos.



## 10. Referencias Bibliográficas

1. Planells del Pozo P. N. Martín Cuesta Sara. Hábitos de succión y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoque terapéutico. Profesional Dental. Revista Científica y de información Profesional. Abril 1997.  
[www.coem.org/revista/anterior/05\\_97/articulo.html](http://www.coem.org/revista/anterior/05_97/articulo.html).
2. Planells del Pozo P. N. Martín Cuesta Sara. Hábito de interposición lingual en el paciente infantil. Profesional Dental. Revista Científica y de información Profesional. No. 23. Septiembre 1997.  
[www.coem.org/revista/anterior/09\\_97/index.html](http://www.coem.org/revista/anterior/09_97/index.html)
3. Fernández Torres CM, Acosta Cautin A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev. Cubana Ortodoncica. 1997; 12(2): 79-83.
4. Gacitúa Gilda. Mora Daniella. Veloso Daniel. Espinosa Angélica. Prevalencia de anomalías dentomaxilares causadas por malos hábitos de niños de 6 a 9 años. Revista Dental de Chile. Abril 2001
5. Agurto V Pamela. Díaz M Rodrigo. Cádiz D Olga. Fernando Bobenrieth K. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Revista Chilena Pediátrica. v.70 n.6 Santiago nov. 1999.
6. Maya Hernández. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Revista Cubana de Ortodoncia 2000; 15(2):66-70.
7. Barrios Felipe Lidia, Puente Moraima, Castillo Armando, Rodríguez Milagros, Duque Mabel. Hábito de respiración bucal en niños. Revista Cubana Ortodoncia. 2001 Vol. 16 No. 1 p.p. 47-53.
8. Castillo Hernández, Reyes Cepeda, González Hernández, Machado Martínez. Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. Revista Cubana Ortodoncia 2001:16(1):14-23.



9. Ávila Pastén América, Sandoval Gómez José Luis. Prevalencia de maloclusiones en pacientes de 7 a 12 años de edad en la clínica periférica "Las Águilas". Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología 2002.
10. Matoses Miralles Ángeles. Hábitos perjudiciales para los dientes durante la infancia. Mayo 2002.  
[www.starmedis.saludalia.com/starmedia/vivir\\_sano/doc/higiene/doc/doc\\_hábitos\\_dientes2.htm](http://www.starmedis.saludalia.com/starmedia/vivir_sano/doc/higiene/doc/doc_hábitos_dientes2.htm).
11. Morales Fernando. Hábito de succión digital y maloclusiones asociadas. Gaceta Dental Digital. Septiembre 2003 No. 140.  
[www.gacetadental.com/septiembre-2003/ciencia/3.htm](http://www.gacetadental.com/septiembre-2003/ciencia/3.htm).
12. Quiros A.O. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. Acta Venezolana. Abril 2004. [www.ortodoncia.ws/17.asp](http://www.ortodoncia.ws/17.asp).
13. González Hernández Elizabeth. Tesina: Hábitos bucales perniciosos como factores etiológicos de maloclusiones. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología 2004.
14. Barber k. Thomas. Odontología pediátrica, Editorial el Manual Moderno, México DF. 1985, p.p. 431.
15. Barbería Elena. Odontopediatría, Editorial Masson, Barcelona, 2ª ed., 2001, p.p. 432.
16. Braham L. Raymond. Odontología pediátrica, Editorial Médica Panamericana Buenos Aires, 1984. p.p. 647.
17. Cameron A. Winder R. Manual de odontología pediátrica, Editorial Haucort, Madrid España, 1997. p.p. 368.
18. Canut Brusola, José A. Ortodoncia clínica, Editorial Salvat, México, 1992, p.p. 509.
19. Chaconas J. Spiro. Ortodoncia. Editorial el Manual Moderno. México D. F. 1982. p.p. 312.
20. Walter Figueiredo I. R, Ferelle A, Myaki I. Odontología para el bebé. Editorial Amolca. Sao Paulo-Brasil. 2000. p.p. 246



21. Van Waes. Hubertus J. M. Stockli W. Paul. Atlas de odontología pediátrica. Editorial Masson, Barcelona España, 2002. p.p. 359.
22. Koch, Goran; Modeer Thomas; Poulsen Sven; Rasmussen Per. Odontopediatría. Enfoque clínico. Editorial Médica Panamericana, México, 1994, p.p. 288.
23. McDonald Raph, E; Avery, David R. Odontología pediátrica y del adolescente, Editorial Médica Panamericana, México, 5ª ed., 1990, p.p 848.
24. Moyers, Robert E. Manual de ortodoncia, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 4ª ed., 1992, p.p. 563.
25. Pinkham, J. R; Kohn DW. Odontología pediátrica, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, México, 2ª ed., 2001, p.p. 667.
26. Sogbe de A. Rosemary. Conceptos básicos en odontología pediátrica, Editorial Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela, Editorial Desinlmed, Caracas. 1996, p.p. 691.
27. Vellini F. Ferreira. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica, Editorial Artes Médicas Latinoamericana, Brasil, 2002 p.p. 503.
28. Santos Povis, Juan Fernando. Estudio comparativo de la oclusión, entre un grupo de niños respiradores bucales y un grupo control. Tesis (Cirujano Dentista) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. EAP de Odontología, Lima Perú. 2002.
29. Puigdollers Andrew. Etiología de las maloclusiones. Factores Ambientales. [www.odontologíapreventiva.com/ortodoncia](http://www.odontologíapreventiva.com/ortodoncia).
30. Diccionario de Medicina Mosby, Editorial grupo Océano, Edición 1994, Pag. 771



---

# ANEXOS



## Anexo I

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

México 2004

### ESTIMADO PADRE DE FAMILIA

Por medio de la presente solicitamos su consentimiento para que usted participe contestando unas preguntas y su hijo o hija se someta a una inspección bucal, la cual no implica ningún riesgo, con fines estadísticos. La información será utilizada en la tesis "Frecuencia de hábitos bucales perniciosos en niños que acuden a la clínica periférica oriente Dr. Salomón Evelson Guterman de la UNAM en el 2004".

Por su colaboración muchas gracias.

Atentamente  
Edgar Rodrigo Solís Ávila

- Si consiento  
 No consiento

Que mi hijo (a) \_\_\_\_\_  
participe en la entrevista y la exploración bucal arriba mencionada.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor





## Anexo II

### FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE "DR. SALOMÓN EVELSON GUTERMAN" DE LA UNAM EN EL 2004

No. de identificación

#### I. Datos personales.

Nombre:

Edad:

Años

Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

#### II. Hábitos

1. Succión digital.
2. Deglución atípica.
3. Hábito de lengua.
4. Respirador bucal.
5. Hábito de labio.
6. Hábito de chupón.
7. Onicofagia.
8. Bruxismo.


Tiempo de presentar el hábito (meses, días, años)

Frecuencia  
Mañana Tarde Noche

--	--	--

Tiempo (horas en un día)

Observaciones

---

---

---

---