



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES
PERNICIOSOS EN ESCOLARES DE 2 A 10 AÑOS
DE EDAD QUE ACUDEN A LA CLÍNICA PERIFÉRICA
“C.D. VÍCTOR DÍAZ PLIEGO” UNAM. 2006

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

CINTIA GUADALUPE BRAVO RUIZ

DIRECTOR: C.D. MANUEL GARCÍA LUNA Y GONZÁLEZ RUBIO
ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO D. F.

MAYO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis papás:

Mamá y Papá, no puedo dejar pasar este momento de felicidad para mí sin decirles que gracias por todo lo que me han dado y apoyado, por todo lo bueno y malo que hemos vivido por haber compartido conmigo instantes muy bellos, y que ahora yo les regreso uno de esos instantes que para mí es la culminación de un ciclo en mi vida, que les agradezco todo el amor y comprensión que me han tenido, y le doy gracias a dios por la familia tan maravillosa que me dio, los quiero con todo mi corazón.

C.D. Manuel García Luna y González Rubio

Gracias por todo el apoyo y dedicación que me brindó durante la realización de la tesina, de verdad mil gracias.

C.D. María Elena Nieto Cruz

Muchas gracias por su dedicación y tiempo otorgado, para poder realizar mi tesina, para usted todo mi cariño y afecto y le agradezco de todo corazón

C.D. Patricia Hennonín

Gracias por todo el apoyo y por ser tan linda conmigo, para usted todo mi agradecimiento.

A mí esposo:

Te agradezco la comprensión y el apoyo que me diste durante este proceso de mi vida, sabes que sin tí no lo hubiera logrado, gracias por haber creído en mí y que podía lograrlo, fuiste muy importante a lo largo de toda mi carrera y lo seguirás siendo a lo largo de toda mi vida. Gracias por motivarme a seguir siempre adelante y a impulsarme a ser mejor en todos los aspectos de mi vida. Te amo con toda mi alma.

A mis hermanos

Víctor, Caro, Ana, Paco, Raquel, Abraham, Judith y Jacob, doy gracias a dios por los hermanos que tengo y gracias por compartir este momento tan importante para mí, saben que los quiero mucho y que siempre estaré a su lado para apoyarlos.

A Irma, Monserrat, Greta y Victoria gracias por formar parte de mi familia las quiero mucho y comparto con ustedes este gran logro para mí.

Muchas Gracias a todos por todo su amor y comprensión los quiero y dios los bendiga.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1.	ANTECEDENTES.....	8
2.	MARCO TEÓRICO.....	13
2.1.	Definición de hábito.....	13
2.2.	Hábitos bucales.....	14
2.3.	Hábitos bucales perniciosos.....	14
2.4.	Características de hábitos.....	14
2.5.	Clasificación de hábitos.....	15
2.5.1.	Hábito de respiración bucal.....	17
2.5.1.1.	Características corporales atípicas.....	19
2.5.1.2.	Características bucales.....	22
2.5.2.	Hábito de succión digital.....	24
2.5.2.1.	Características clínicas.....	27
2.5.3.	Hábito de chupón.....	28
2.5.3.1.	Características clínicas.....	29
2.5.4.	Interposición lingual.....	30
2.5.4.1.	Características clínicas.....	33
2.5.5.	Onicofagia.....	34
2.5.5.1	Características clínicas.....	35
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	37
4.	JUSTIFICACIÓN.....	37
5.	OBJETIVOS.....	38
5.1.	Objetivo General.....	38
5.2.	Objetivos específicos.....	38
6.	METODOLOGÍA.....	38
6.1	Material y método.....	38

6.2	Tipo de estudio.....	39
6.3	Población de estudio.....	39
6.4	Muestra.....	39
6.5	Criterios de inclusión.....	39
6.6	Criterios de exclusión.....	40
6.7	Variables.....	40
7.	RECURSOS.....	41
7.1.	Humanos.....	41
7.2.	Materiales.....	41
7.3.	Financieros.....	41
8.	RESULTADOS.....	42
9.	CONCLUSIONES.....	49
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
	Anexo.....	53



INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que el origen multicausal de algunos tipos de maloclusiones se desencadenan por la presencia de ciertos hábitos bucales, éstos pueden alterar el normal desarrollo orofacial en edades tempranas, produciendo deformaciones dentoesqueletales, además de problemas psicológicos, emocionales y de algunos sistemas del organismo como son el aparato respiratorio y el digestivo, así como problemas en el lenguaje. En particular la mayoría de las maloclusiones no son de riesgo para la vida, pero por su alta prevalencia e incidencia son consideradas problemas de salud pública y ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal.

Los hábitos bucales son costumbres adquiridas por la repetición continua de una serie de actos que sirven para calmar una necesidad emocional, la gran mayoría de estos hábitos comienzan desde edades muy tempranas, cuando el niño se encuentra en un período de formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, lo cual lo hace más receptivo. Por lo tanto, es responsabilidad del cirujano dentista el promover, convencer y fomentar tanto a los padres como al paciente, el daño que provocan los hábitos bucales perniciosos, lo cual redundará en la disminución de la incidencia de maloclusiones.

Hoy día existe un gran acervo documental sobre los temas más importantes para formar y conocer a un niño. En algunos hogares debido a los problemas emocionales, psicológicos y sociales, muchos de los niños pequeños, llegan a crear y mantener ciertos hábitos que sólo provocan un crecimiento anormal, pero en algunos casos son utilizados como un desahogo emocional o como un estímulo afectivo que les proporciona confianza en sí mismos.



Los hábitos bucales perniciosos a los que este estudio se enfocó fueron principalmente: hábito de succión digital, hábito de respiración bucal, hábito de chupón, hábito de lengua y la onicofagia.

En dicho estudio se determinó la frecuencia de los hábitos bucales perniciosos que se presentaron en niños que acudieron a la clínica periférica "C. D. Víctor Díaz Pliego" de la UNAM en el 2006 del turno vespertino.



1. Antecedentes

Los hábitos bucales perniciosos han sido tema de intensa discusión y estudios en la ciencia odontológica, para la mayoría de los odontólogos, los hábitos bucales representan únicamente un factor etiológico de maloclusiones, y adquieren mayor importancia cuando van a instaurar un adecuado tratamiento correctivo.

Es importante destacar los esfuerzos que se han realizado para saber el motivo por el cual se practican los hábitos nocivos como es el caso de la doctora Ada Sorhegui Rodríguez y colaboradores en 1988 en la Habana, Cuba quienes realizaron un estudio, donde plantean que todos los hábitos bucales perniciosos tienen un fondo psíquico y que responden positivamente al tratamiento de la cura sugestiva nocturna y la digitopuntura como método coadyuvante con hábitos constantes y nerviosos que contribuyen a su sedación.¹

En 1997, en Chile, Fernández Torres y Acosta Coutin, 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. La población de estudio se constituyó por 3 090 niños matriculados en las escuelas primarias del curso escolar 1993-1994, que 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. Los autores determinaron que los niños que presentaban hábitos como succión de biberón, succión digital, respiración bucal y deglución atípica, presentaban mayor porcentaje de maloclusiones, concluyeron que la presencia de hábitos bucales perniciosos fue de 68,15 %. El porcentaje de cada uno de los hábitos respecto al total de niños examinados es menor, siendo la deglución atípica (28,89 %), onicofagia (28,52 %), respiración bucal (15,93 %), y succión digital (15,26 %).²



Siguiendo con esta inquietud de saber entre otros aspectos cuáles son los hábitos bucales perniciosos de mayor prevalencia, en 1998 Ana Liz Suárez Portelles y colaboradores, sugirieron el uso de la sugestión nocturna junto con la auriculopuntura para erradicar los hábitos. Realizaron un estudio descriptivo constituido por 45 pacientes de 6-7 años de edad que acudieron a la consulta de ortodoncia de la clínica estomatológica de Báguanos en Cuba, estos pacientes presentaban hábitos bucales perniciosos de succión digital, onicofagia e interposición lingual. El sexo más afectado fue el femenino y su frecuencia más alta fue a la edad de 7 años: los hábitos más frecuentes fueron la succión digital y la onicofagia.³

Durante el período de 1998, la doctora Gilda Gacitúa y colaboradores, realizaron un estudio sobre prevalencia de anomalías dentomaxilares causadas por hábitos bucales perniciosos en niños de 6 a 9 años de edad. El resultado fue determinar la relación de los hábitos bucales perniciosos con la aparición de anomalías dentomaxilares, en este estudio se examinaron a 177 niños de 6 a 9 años de edad, siendo seleccionados en el servicio dental del consultorio “Doctor A. Scroggie”, de la municipalidad de Recoleta en Chile. Los hábitos bucales perniciosos que se evaluaron fueron respiración bucal, deglución atípica, succión de dedo, hábito de chupón e interposición lingual.

En esta investigación se determinó que el 87% de los niños presentaba algún hábito bucal pernicioso, en relación a la distribución según el sexo de los escolares ésta fue bastante homogénea (51% niñas, 49% niños). El hábito bucal pernicioso más prevalente correspondió al hábito de interposición lingual (28%), seguido por la deglución atípica (25%), succión digital (24%) y finalmente la respiración bucal (23%).⁴

Al siguiente año, en 1999 en Chile, la doctora Pamela Agurto y colaboradores, realizaron un estudio en el cual identificaron que la tercera



patología odontológica prevalente son las anomalías dentomaxilares y su etiología se debe a múltiples factores entre los que destacan los hábitos bucales perniciosos. El objetivo de esta investigación fue realizar un estudio de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos y determinar la relación que existe entre la presencia de hábitos perniciosos bucales y el desarrollo de las anomalías dentomaxilares. El estudio estuvo constituido por niños de 3 a 6 años de edad de 6 colegios públicos y 4 jardines infantiles particulares del área oriente de Santiago, con un total de 1110 niños quienes al momento del examen presentaban, dentición temporal completa e integridad coronaria. El 66% de la población presentó hábitos bucales perniciosos, observando un total de 1878 hábitos bucales perniciosos, siendo los más frecuentes la succión digital (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%). En relación a los objetos más succionados fueron: el biberón en 55%, el dedo en 23% y el chupón 15%. De los niños que presentaron hábitos bucales 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 bucales perniciosos y el desarrollo de maloclusiones. La alta frecuencia de hábitos bucales perniciosos y de maloclusiones indica la necesidad de que el odontólogo sea capaz de detectar hábitos bucales perniciosos y algunos signos de anomalías dentomaxilares en forma precoz, ya que mientras más temprana sea la detección, menor será el daño que provoquen.⁵

La doctora Lydia Barrios Felipe y colaboradores en el año 2001, realizaron un estudio para determinar la anomalías dentomaxilares más frecuentes en niños con hábito de respiración bucal, en edades comprendidas entre los 3 y 14 años de edad, así como la relación que existe entre la presencia del hábito de respiración bucal y el sexo de los escolares, además de la prevalencia de maloclusiones según el grupo de edad. Para realizar este



estudio se visitaron 14 centros educacionales del casco urbano del municipio de Artemisa, la Habana, tomando una muestra al azar de 600 niños divididos en 3 grupos etéreos, de ambos sexos, equitativamente repartidos. Las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes encontradas fueron, el micrognatismo transversal, el perfil convexo y el resalte aumentado. Todos los niños respiradores bucales presentaban maloclusión dentaria siendo el sexo femenino el más afectado sobre el masculino.⁶

Por otro lado siguiendo con esta inquietud de determinar la prevalencia de hábitos bucales perniciosos en escolares, la doctora Zoila Rosa Podadera Valdés y colaboradora, realizaron un estudio descriptivo en 576 niños de 3 a 6 años de edad de la clínica estomatológica "Ormani Arenado" de Pinar del Río, en Cuba en el período comprendido entre septiembre de 2002 y septiembre de 2003, con el objetivo de definir la prevalencia de los hábitos bucales perniciosos y las anomalías dentomaxilofaciales. Examinaron la población de estudio y se analizaron variables como: sexo, edad, presencia de hábitos bucales perniciosos, clasificación de la oclusión y anomalías dentomaxilofaciales.

Determinaron que menos de la mitad de los niños presentaban maloclusión, y que había un vínculo muy significativo entre los hábitos bucales perniciosos y las anomalías dentomaxilofaciales, siendo la deglución atípica y el hábito de succión digital los hábitos bucales perniciosos más frecuentemente encontrados. En cuanto a la presencia de hábitos bucales perniciosos, observaron que el hábito de deglución atípica fue el más frecuente, con un 47,9 %, seguido del hábito de succión digital (28,9 %) y el hábito de respiración bucal (8,3 %), los autores concluyeron que existe una estrecha relación entre los hábitos bucales perniciosos y las anomalías dentomaxilofaciales.⁷



En el año 2004, la doctora Montiel Jaime realizó un estudio en 135 niños mexicanos donde examinó la frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos bucales perniciosos en niños de 6 a 12 años de edad. Obtuvo como resultado que el género femenino resultó más afectado por los hábitos bucales perniciosos, encontrando que el hábito que más predominó fue la onicofagia con un 41%, seguido del hábito de respiración bucal con un 20%, y por último el hábito de interposición lingual con un 14%. Es importante destacar que en este estudio la doctora Montiel señala que el hábito de más alto riesgo para una maloclusión es el de interposición lingual.⁸

Por último Paredes Gallardo y Paredes Cencillo en el año 2005, en la ciudad de Valencia en España, realizaron un estudio en una muestra de 1100 escolares valencianos entre los 4 y los 11 años de edad, representado el (43,8 %) niños y (56,2 %) niñas, el objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de hábitos bucales perniciosos. La prevalencia total encontrada para la presencia de hábitos bucales perniciosos en los escolares fue que el 53 % presentó algún hábito. Los hábitos que se presentaron con mayor frecuencia de mayor a menor fueron: deglución atípica, respiración bucal, succión digital, interposición labial, bruxismo y succión de biberón.⁹



2. Marco teórico

2.1 Definición de hábito

En su texto Sogbe de Agell, menciona a Raymond Pauley, quien establece que el hábito es una práctica fija, producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el acto se forma menos consciente y si es repetido muy a menudo será relegado a una acción del todo inconsciente.¹⁰

Langford da otro concepto de hábito, definiéndolo como la 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.¹⁰

Por otro lado S. I. Rubinstein, en su texto “Principios de Psicología General” define hábito como un componente automatizado consciente del hombre que se elabora dentro del proceso de ejecución. Aunque en forma distinta, todas estas definiciones encierran una misma idea, por lo tanto se puede resumir 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.¹⁰



2.2 Hábitos bucales

Son definidos como vías de desfogue emocional y de equilibrio de estados de ansiedad. La presencia de ciertos hábitos en el niño menor de tres años sirven como estímulos para el crecimiento de los maxilares, como por ejemplo la acción normal de los labios, como la succión y la masticación, estos hábitos son una parte de la función orofaríngea normal, y representan un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal y se considera anormal cuando persiste más allá de los seis años y ocasiona algún daño.^{11,12}

2.3 Hábitos bucales perniciosos

Los hábitos bucales perniciosos resultan de una función normal o los que se adquieren por prácticas repetidas de un acto que no es funcional ni necesario, por ejemplo la succión digital, el empuje lingual, onicofagia, respiración bucal etc.

Los hábitos bucales perniciosos constituyen una de las causas fundamentales de maloclusión dentaria, ya que producen interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático.¹²

2.4 Características de los hábitos

Para identificar que un hábito se considere pernicioso y provoque posibles alteraciones en especial maloclusiones dentarias, se deben considerar los siguientes factores:



- *Frecuencia*: número de veces que el niño efectúa el hábito a lo largo del día
- *Duración*: tiempo durante el cual el niño ejerce el hábito, y se requiere de 4 a 6 horas de fuerza por día para provocar un movimiento dentario.
- *Intensidad*: cantidad de fuerza que se aplica a los dientes durante el hábito.¹³

2.5 Clasificación de los hábitos

Gómez Herrera clasifica a los hábitos de acuerdo a los diferentes tipos de manifestación que se presentan en el individuo por medio de actos rutinarios y que bien pueden ser considerados como normas de costumbres o propiamente como hábitos, el autor los clasifica en: hábitos generales y hábitos bucales.

a) hábitos generales

éstos a su vez se dividen en:

Fisiológicos

Son acciones ejecutadas mecánicamente y consisten en la regularidad que el individuo satisface su organismo ante la presencia de estímulos como: el hambre, la sed, la micción.¹⁰



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, comportamiento convencionalmente establecido por la comunidad, para convertirse en patrones de la cultura.¹⁰

b) hábitos bucales

Se definen como vías de desfogue emocional y de equilibrio de estados de ansiedad,

Gómez Herrera señala que los hábitos bucales más comunes y más frecuentes observados en niños son:¹⁰

Succión del pulgar

Bruxismo

Onicofagia

Otra de las clasificaciones importantes es la de Sydney Finn, quién clasifica a los hábitos bucales en:

Hábitos bucales no compulsivos

Los niños experimentan modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos que sean aceptables socialmente. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta de un niño al madurar éste, es a lo que se llama un hábito bucal no compulsivo.



Hábitos bucales compulsivos

Es cuando el niño ha adquirido una fijación al grado que éste acude a la práctica de este hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por situaciones ocurridas en su mundo. Cuando se intenta corregir a un niño con un hábito compulsivo éste tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir el hábito.¹³

2.5.1 Hábito de respiración bucal

La denominación del síndrome de insuficiencia respiratoria nasal es utilizada para darle la connotación biológica y fisiológica al comúnmente denominado “hábito de respiración bucal”¹⁴

La respiración bucal se debe a un colapso parcial o total de la respiración a través de la nariz “respiración nasal” por lo tanto es consecuencia de ésta.¹⁴

La respiración es una actividad refleja, ésta debe efectuarse normalmente por las fosas nasales, interviniendo solamente la cavidad bucal en la respiración durante los esfuerzos físicos, cuando el aire inspirado por la nariz no es suficiente.¹⁵

La respiración bucal corresponde a la respiración que el individuo efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz. El paciente permanece con su boca abierta durante el día y generalmente por la noche. Sin embargo, la respiración bucal propiamente dicha es sumamente rara ya que generalmente cuando se obstruye la nariz se utilizan ambas vías para respirar, generándose un patrón de respiración buco-nasal.⁶

En años recientes se ha prestado mayor atención al hábito de lengua o proyección lingual y al hábito de respiración bucal ya que se les relaciona como causas de maloclusión.¹² Sin embargo también la expiración y la



inspiración por la boca, es una forma de respiración que puede conducir a problemas orofaciales.¹⁶

Los trabajos sobre los problemas de respiración bucal relacionados con la salud general del individuo se remontan a inicio del siglo XIX. Dentro de los investigadores, sin duda el más importante de ellos es Pierre Robin, un médico francés que describió un conjunto de signos y síntomas (síndrome) en los pacientes que respiraban por la boca. De un modo simplificado, cita como consecuencias del respirador bucal desde problemas respiratorios serios hasta problemas cardíacos. Actualmente, algunos de los síntomas del síndrome del respirador bucal (SRB) son conocidos como Síndrome de Pierre Robin.

El conjunto de características físicas comunes de estos pacientes, se conoce como Síndrome del Respirador Bucal o de Disfunción Respiratoria.¹⁷ El síndrome se refiere a cambios morfológicos faciales, bucales esqueléticos, fisiológicos y sociales cuya presencia dependerá de la severidad del hábito.

17

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden calificarse en tres categorías:

- **Por obstrucción**

Representan resistencia incrementada u obstrucción compleja del flujo normal del aire a través del conducto nasal. Como existe una dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, se ve forzado a respirar por la boca.¹³

- **Por hábito**

Se refiere al niño que respira continuamente por la boca y lo hace por costumbre a pesar de haber eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.¹³

- **Por anatomía**

Se refiere al niño que por tener el labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Factores que contribuyen a la respiración bucal.

1) Hipertrofia de las conchas causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana de la mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado

2) Septo nasal desviado con bloqueo del conducto nasal

3) Adenoides agrandados¹³

2.5.1.1 Características corporales atípicas

- Aumento de las infecciones del aparato respiratorio.
- Fascies adenoidea.^(Fig. 1)



Fig.1. Fascies adenoide.

Fuente: Gómez H. Examen clínico integral en estomatología, 2003

- Cara larga y estrecha.

- Estrechamiento de la arcada superior, paladar y narinas por falta de uso. (Fig. 2, Fig. 3)

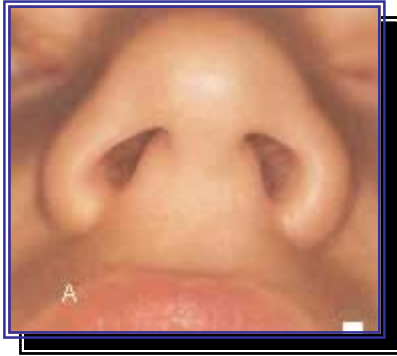


Fig.2 Narinas estrechas



Fig. 3 Narinas normales

Fuente: Parra Y. El paciente respirador bucal una propuesta para el estado nueva esparta. 2004

- Labio superior hipotónico, corto y alto.
- Encías hipertróficas.
- Lengua en posición atípica, sin ejercer su función modeladora y con tonicidad alterada.
- Olfato alterado y frecuente asociación con disminución del apetito y de la función gustativa.
- Hiperplasia de los tejidos linfoides alrededor de la Trompa de Eustaquio.
- Mala oxigenación cerebral que ocasiona dificultades de atención y concentración, con posibles problemas de aprendizaje.¹⁷

También se pueden añadir otros signos comunes como son:

- Ojos rojos.
- Palidez y ojeras debido a la pobre circulación.
- Nariz hacia arriba (saludo alérgico).
- Labios agrietados, queilitis. (Fig. 4)



Fig. 4 Labios agrietados

Fuente: Gómez H. Examen clínico integral en estomatología, 2003

- Contracción del músculo mentoniano (se frunce al tragar). (Fig. 5)



Fig. 5 Contracción del músculo mentoniano

Fuente: Parra Y. El paciente respirador bucal una propuesta para el estado nueva esparta. 2004

- Postura del cuello hacia adelante y cabeza inclinada hacia atrás.
- Habla imprecisa con exceso de salivación.
- Frecuentes disfonías.
- Deglución atípica y masticación ineficaz.
- Frecuente mordida cruzada posterior o abierta anterior.
- Protrusión de los incisivos superiores.
- Hipodesarrollo de la mandíbula.
- Hipotonía muscular local o general.
- Disminución de las dimensiones torácicas.
- Babeo y ronquidos nocturnos.¹⁷

2.5.1.2 Características bucales

- Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual. (Fig. 6)



Fig. 6 mordida abierta anterior
Fuente: Parra Y. Rev. Acta Odontológica Venezolana 2004

- Mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral. (Fig. 7)



Fig. 7 mordida cruzada posterior
Fuente: Parra Y. Rev. Acta Odontológica Venezolana 2004

- Estrechez transversal del maxilar superior, es decir paladar profundo y estrecho
- Presencia de hábitos bucales perniciosos secundarios (deglución atípica, succión labial).
- Retrognatismo del maxilar inferior o rotación mandibular hacia abajo y atrás.
- Vestíbulo versión de incisivos superiores.
- Linguo versión de incisivos inferiores.
- Linguo versión de dientes posteriores superiores.
- Egresión de dientes anteriores superiores e inferiores o posteriores.
- Gingivitis.¹⁸

La corrección de la respiración bucal suele llegar con la madurez y claro está con la remoción de adenoides para corregir la respiración bucal, pues su efecto obstructivo disminuye al madurar el niño.¹⁹



2.5.2 Hábito de succión digital

Cuando se piensa en hábitos bucales, el de succión digital es el que primero llega a nuestra mente, ya que es el hábito más común entre los niños, practicado por casi el 50 % de ellos al año de edad.¹⁹

La succión digital propiamente dicha, es una acción compleja que necesita coordinación específica neuromuscular. El niño al nacer ejerce la succión en forma rudimentaria al contacto con el seno materno, esta succión es inespecífica por falta de coordinación muscular, la cual se adquiere al poco tiempo de nacido.

Muchos niños succionan su dedo pulgar u otros dedos durante cortos períodos de tiempo en la lactancia y la fase inicial de la niñez. Aunque este hábito se considera normal durante los dos primeros años de vida, algunos niños jamás lo presentan.

Brody señala que muchos niños interrumpen el hábito durante la etapa preescolar, aunque algunos lo mantienen hasta la adolescencia o la edad adulta. Se cree que aunque el hábito no produzca efectos adversos sobre la oclusión, el hábito de succión digital es inaceptable desde el punto de vista social.²⁰

El succionar el seno o el biberón, ayuda a la estimulación del crecimiento maxilar y de la musculatura facial.¹⁰

La succión digital tiene un aspecto psicológico porque este hábito tiene una estrecha relación con el desarrollo afectivo y emocional del ser.

El hábito de succión digital refleja una falta de atención materna durante los períodos iniciales de la alimentación.¹⁰

El hábito de succión digital no es con frecuencia, un síntoma aislado y único, sino más bien uno más de los diversos síntomas que se relacionan con los conflictos y la inestabilidad emocional secundarios a acontecimientos del pasado.²⁰



Es necesario diferenciar el origen del hábito para su tratamiento ya que éste puede ser sólo una actividad emocional o de un reflejo condicionado. Para poder interpretar el hábito de succión digital se analizaron dos teorías: La primera teoría es la de Sigmund Freud en la cual el hábito de succión digital es una representación inicial de la vida psicosexual, el ejercicio de este hábito conlleva a sensaciones o satisfacciones de orden sexual. Freud enfoca la succión digital inicial como intuitiva y por tanto normal para el niño y el niño joven y cree que tal actividad debe estar permitida, pues los niños requieren cierto tiempo óptimo de succión. La succión digital prolongada después de la infancia y la niñez temprana la toman como iniciativa de problemas emocionales, manifestaciones de inseguridad y trastornos de conducta. También sostiene que los padres deben mostrar muestras de afecto y amor a los niños para que ellos logren dejar el hábito.¹⁰

La segunda teoría es la del Aprendizaje: es la contraposición de lo anterior, porque se cree que el hábito de succión es una conducta aprendida que se puede prevenir o suprimir sin ninguna secuela como lo establece Freud. Se concluye que la teoría del aprendizaje, interpreta al hábito de succión digital por lo tanto aprendido y se rige por las leyes del aprendizaje.¹⁰

Finn, menciona que los efectos nocivos del hábito de succión digital con otros hábitos son variables, el autor señala que si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, no habrá posibilidad de mal posición dentaria ni maloclusión de la dentición permanente, pero si el hábito persiste durante el período de dentición mixta se producirán cambios graves de desplazamiento. La gravedad dependerá de la fuerza (intensidad), frecuencia y duración de cada período de succión.¹⁰



El hábito de succión digital dependerá de: posición del dedo, plano sagital y plano transversal.

Posición del dedo

Acción de palanca que ejerce el dedo contra los dientes y el proceso alveolar. El pulgar puede apoyarse y presionar distintas áreas del paladar duro del maxilar superior, se puede apoyar en un plano sagital o transversal.¹⁰

Plano sagital

Sobre caras linguales de los incisivos superiores: el efecto únicamente será dental, produciendo labio-versión de los incisivos superiores.

Sobre la zona post-dental del maxilar. El efecto será tanto dental como ortopédico, en el sentido de inducir hacia una rotación antero- superior del maxilar y sobre el paladar duro el efecto será ortopédico.¹⁰

Plano transversal

Si el pulgar se ubica a nivel de la línea media, la fuerza que el dedo ejerce producirá deformidad simétrica aumentando la profundidad de la bóveda, contrayendo las arcadas dentarias.

Si el pulgar se coloca de manera lateral también habrá aumento de profundidad de la bóveda y contracción unilateral de las arcadas dentarias, localizándose ésta última zona en el lado opuesto con respecto a la ubicación del pulgar.¹⁰

2.5.2.1 Características Dentales

- Labio-versión de incisivos superiores
- Linguo-versión de incisos inferiores
- Mordida abierta anterior y hábito de deglución atípica (Fig. 8)



Fig. 8 mordida abierta anterior
Fuente: <http://db.doyma.es/>

- Aumento de la sobremordida horizontal
- Estrechamiento del arco superior
- Labio superior hipotónico
- Labio inferior hiperactivo



Fig. 9 Aspecto del pulgar. Se observa callosidad y herida abierta, producida por el roce con incisivos inferiores.

Fuente: <http://db.doyma.es/>

2.5.3 Hábito del chupón

El reflejo de succión en general, es una reacción involuntaria que no es aprendida, que se produce de una relación innata de estímulo-respuesta. En el hombre aparece desde la semana 16 de vida intrauterina, así el neonato posee un mecanismo relativamente desarrollado de succión, constituyendo la relación más importante que mantiene con el mundo exterior, a través de este reflejo no solamente recibe alimento, sino también un sentimiento de bienestar incomparable que es esencial en los primeros meses de vida.²¹

El bebé utiliza la boca para conocer el ambiente que lo rodea porque es la zona del cuerpo que tiene más desarrollo sensorial al momento del nacimiento. En esta primera etapa de la vida, el infante realiza con la boca una serie de actividades como succionar, tragar, reír, llorar, que son necesarias para que pueda subsistir. Pero también casi simultáneamente empiezan a aparecer otras acciones que se consideran dañinas como succionar dedo y/o chupón. (Fig. 10, Fig. 11)

En los niños que usan el chupón, se observa de manera constante mordidas abiertas anteriores y colapso maxilar. El movimiento labial de los incisivos superiores no siempre es tan pronunciado como el hábito de succión digital.

Los hábitos con el chupón al parecer se eliminan antes que los del hábito de succión digital. Se ha mencionado que más del 90% se interrumpieron antes de los cinco años de edad y 100% hacia los ocho años (Helle y Haavikko, 1974). Es más fácil erradicar los hábitos de chupón que los hábitos de succión digital, porque es posible suspender el uso del chupón de manera paulatina o total con charlas y explicaciones, lo cual es desde luego más difícil que con el hábito de succión digital.¹²



Fig. 10 succión de biberón



Fig. 11 succión de chupón

Fuente: www.odontocat.com

2.5.3.1 Características clínicas

- Vestíbulo versión de los incisivos superiores (Fig. 12)
- Linguo-versión de incisivos inferiores



Fig.12 vestíbulo versión de los incisivos superiores

Fuente: Planells del Pozo, N. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. 1997

- Mordida abierta en ocasiones (Fig. 13)



Fig. 13 mordida abierta Fuente: www.odontocat.com

- Retrognatismo mandibular
- Labio superior hipotónico²²

2.5.4 Interposición lingual o deglución atípica

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

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.

Muelas y Westover consideran con respecto a la alimentación artificial, que algunos biberones inadecuados con orificios demasiado grandes, fuerzan al bebé a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.

También problemas respiratorios como la existencia de 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. Al faltar el sellado no se produce un freno en el adelantamiento de la lengua.²²

La macroglosia obliga a la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, a adoptar una posición más adelantada. Por otro lado las alteraciones cerebrales que dificulten la coordinación motora que son necesarias para las funciones que realizan las arcadas o la lengua, pueden presentarse problemas de deglución.

En los problemas psicológicos, la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación. Otra causa puede ser la pérdida prematura de los dientes temporales. (Fig. 14)



Fig. 14 Paciente de cuatro años de edad con hábito de interposición lingual ocasionado por la pérdida prematura de incisivos temporales.

Fuente: Planells del Pozo N. Hábito de interposición lingual en el paciente infantil. 1997

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.²²

Profitt y Mason, describen la extensión de la lengua como una de tres condiciones o la combinación de las tres.



- 1) Un gesto de movimiento hacia el frente de la lengua entre los dientes anteriores para tocar el labio inferior durante la fase inicial de la deglución.
- 2) Dirigir la lengua hacia el frente entre o contra la dentición anterior con la mandíbula abierta durante el habla
- 3) Un movimiento de la lengua hacia el frente contra o entre los dientes anteriores cuando se está en reposo. ¹⁶

Algunos autores consideran la interposición lingual como una etapa transitoria de cambio funcional entre la deglución infantil y la madura, esto genera una postura lingual que permite a los tejidos blandos ajustarse a las relaciones dento-esqueléticas, en oposición a la idea que sean éstas las que se adapten a un modelo funcional de tejidos blandos. Escobar señala que todos los recién nacidos tienen una deglución característica asociada a reflejo de succión y amamantamiento, con un claro valor de supervivencia. ²³

Tipos de deglución

Deglución infantil o visceral

Se caracteriza por un adelantamiento mandibular vigoroso y marcada contracción de la musculatura labial. La lengua es protruida entre los rodetes, creando un canal entre la punta y el dorso, ubicándose baja en la cavidad bucal, separada del paladar. Hay actividad de los músculos succionadores, participando igualmente la musculatura peribucal.

La deglución tiene una frecuencia de 580 veces al día, con un rango amplio (203-1000) ejerciendo una fuerza, en las superficies palatinas de 6-9 gramos,

por períodos de 2 segundos. Con este parámetro la lengua puede tener importancia en producción de maloclusiones, cuando se encuentre permanentemente adelantada, o en el período de erupción de los incisivos.²³

Deglución adulta o madura.

Presenta la punta de la lengua ubicada en las caras palatinas de los incisivos, mientras ésta se arquea de adelante-atrás en contacto con la bóveda palatina. De esta manera, la deglución adulta o madura no muestra protrusión mandibular, ni la punta de la lengua entre los dientes, ni contracción de los labios.²³

2.5.4.1 Características clínicas

- Mordida abierta. (Fig. 15)



Fig. 15. Mordida abierta. Fuente: <http://db.doyma.es/>

- Interposición lingual. (Fig. 16)
- Tendencia a la respiración Naso-Bucal (Respirador Bucal).
- Tendencia a la succión digital queilofagia, onicofagia o succión de objetos.
- Hipotonía del labio superior lo que facilita la respiración bucal.



Fig. 16. Interposición lingual. Fuente: www.odontocat.com

- Superdesarrollo del músculo de la barbilla.
- Mala implantación dentaria.
- Muecas excesivas al tragar.
- Rugosidades palatinas muy marcadas.
- Dificultad para pronunciar los fonemas D, T, S, GH, H, e Y.
- Resequedad labial. ²²

2.5.5 Onicofagia

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el de morderse las uñas.

Se define al término onicofagia como el hábito de morder las uñas. Es un hábito bastante frecuente en niños en edad escolar, observándose igual proporción en ambos sexos. La onicofagia alcanza su cumbre entre los 11 y los 13 años y no guarda relación con el nivel mental de la persona. ¹⁰

La mayoría de los autores concuerdan en ver en el onicófago a 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.



Bowet, considera que “el que se muerde las uñas” comparado con sus compañeros “normales” parece ser más indiferente, inestable, distraído y desobediente. La etiología de la onicofagia se relaciona con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora encontrada en la mayoría de los pacientes con este hábito, dicha inestabilidad viene acompañada con cierto grado de tensión y ansiedad, 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.¹⁰

La onicofagia puede producirse conjuntamente con otros hábitos, tales como el hábito de succión digital. Sogbe cita a Kanner quien menciona que existen diferencias psicológicas entre el paciente onicófago y el que succiona el dedo. El paciente con hábito de succión digital es calmado, plácido, mientras que el paciente onicófago suele ser más vivo, hiperactivo y autoritario.

Algunos autores asocian la onicofagia con conductas de tipo psicopático, sin embargo Ajuriaguerra, la considera únicamente como una descarga motora de un estado de tensión.

Bovet a su vez plantea que la onicofagia resume bien los diversos aspectos de un fenómeno motor. Para Shentoub, la onicofagia es un comportamiento agresivo pero con sentido de culpa que tiende a volverse en agresividad contra el propio cuerpo y ahí el auto castigo y el masoquismo, el autor considera que la onicofagia es la prolongación del hábito de succión.¹⁰

2.5.5.1 Características clínicas

Este hábito por lo general no produce maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a la del proceso de masticación.

- Abrasión de incisivos centrales superiores. (Fig. 17) ¹⁰
- El desajuste social y psicológico de los pacientes onicófagos es de mayor importancia que los efectos que el hábito pudiera producir. ¹⁰
- Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos substituyen los dedos. Como son goma de mascar, cigarros, puros, rapé, lápices, gomas de borrar e incluso las mejillas o la lengua de la persona como sustituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes. ¹⁶



Fig 17. Abrasión de incisivos centrales superiores por el mordisqueo. Fuente: www.icqmed.com



Fig 18. Visión lateral del mordisqueo. Fuente: www.icqmed.com



3. Planteamiento del Problema

Los hábitos bucales perniciosos, entre otros, son un factor etiológico importante en el desarrollo de maloclusiones. La prevalencia de hábitos bucales perniciosos en la clínica periférica “C.D. Víctor Díaz Pliego” de la UNAM se desconocía. Por tal razón, fue importante determinar la prevalencia 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 el más frecuente?

¿Los hábitos bucales perniciosos predominan en el sexo masculino?

¿Los hábitos bucales perniciosos predominan en pacientes de 5 a 8 años de edad?



4. Justificación

El diagnóstico oportuno 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 si invierte para solucionar un problema mayor como es el apiñamiento dental, mordida cruzada anterior o posterior, entre otras.

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



5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de hábitos bucales en escolares de 2 a 10 años que acudieron a la clínica periférica “C.D. Víctor Díaz Pliego” en el turno vespertino UNAM en el período comprendido de febrero a marzo del 2006.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar los hábitos bucales perniciosos más frecuentes.
- Identificar los hábitos bucales perniciosos por sexo
- Conocer el tiempo de presentar los hábitos bucales perniciosos



6. Metodología

6.1 Material y método

El estudio se realizó en la clínica periférica “C.D. Víctor Díaz Pliego” para lo cual se solicitó la autorización del director de la misma explicándole los objetivos del trabajo.

Se revisaron a los niños que acudieron en el período comprendido de febrero a marzo del 2006.

Previamente fui calibrada por un odontopediatra y un ortodoncista con la finalidad de normar el estudio en relación a la identificación de los hábitos bucales perniciosos. La información se vació en una matriz de datos para su posterior captura y análisis con el programa Excel y ésta se presenta como distribución porcentual promedio.

6.2 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal.

6.3 Población de estudio

82 pacientes pediátricos de 2 a 10 años de edad que solicitaron atención bucal en la clínica periférica “C.D. Víctor Díaz Pliego”

6.4 Muestra



53 niños de ambos sexos de 2 a 10 años de edad que acudieron a la clínica periférica “C.D. Víctor Díaz Pliego” durante el periodo febrero-marzo del 2006 en el turno vespertino.

6.5 Criterios de inclusión

- Niños de ambos sexos del turno vespertino
- Niños con edades comprendidas entre 2 y 10 años de edad
- Niños de los cuales se puedan obtener datos certeros del hábito que presentan
- Niños cuyos papás o tutores aceptaron participar en el estudio

6.6 Criterios de Exclusión

- Niños del turno matutino
- Niños que no tengan la edad requerida para el estudio
- Niños que en su historia clínica no cumplan con la información necesaria para el estudio

6.7 Variables

a) Variable dependiente

- Tipo de hábito bucal pernicioso

b) Variable independiente

- Edad



-
- Sexo



7. Recursos

7.1 Humanos

- Dos cirujanos dentistas previamente estandarizados que actuaron como examinadores clínicos
- Un director de tesina
- Asesor
- Tesista

7.2 Materiales

- Formatos de historias clínicas
- Fotocopiadora
- Lápices
- Espejos bucales del número 5
- Cubrebocas
- Guantes
- Computadora
- Cámara fotográfica

7.3 Financieros

- Cubiertos por la tesista

8. Resultados

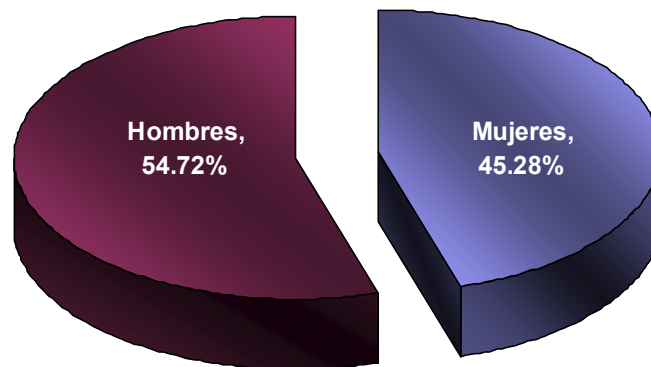
La población sujeta a estudio estuvo constituida por un total de 82 pacientes de los cuales el 54.72% (29 pacientes) pertenece al sexo masculino, mientras que el 45.28 % (24 pacientes) al sexo femenino ^(cuadro 1 y gráfico 1).

Cuadro 1. Distribución porcentual de género en el total de pacientes de la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.

Sexo	Porcentaje (%)	Frecuencia
Mujeres	45.28%	24
Hombres	54.72%	29
Total	100%	53

Fuente directa

Gráfico 1. Distribución porcentual de género en el total de pacientes de la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.



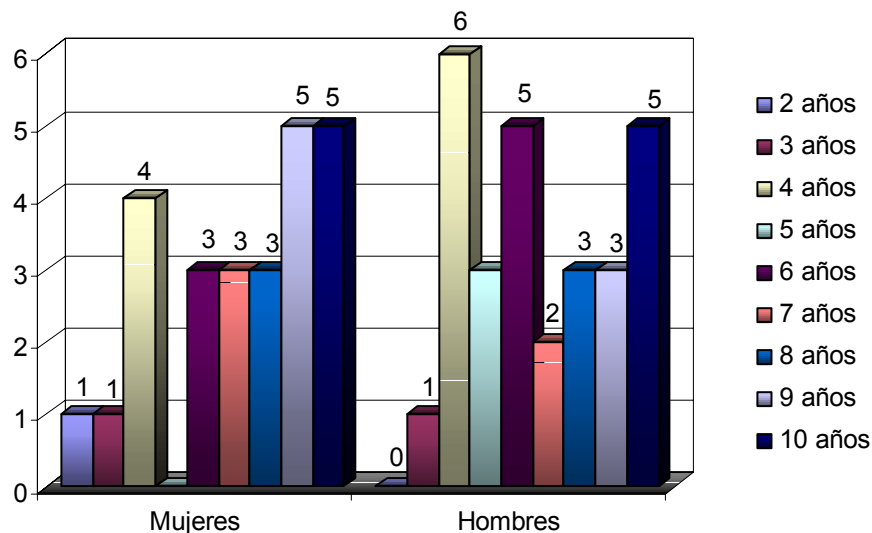
Fuente directa

Cuadro 2. Distribución de frecuencia de edad y sexo en el total de pacientes de la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.

Edad	Sexo		Total
	Frecuencia		
	Mujeres	Hombres	
2	1	0	1
3	1	1	2
4	4	6	10
5	0	3	3
6	3	5	8
7	3	2	5
8	3	3	6
9	5	3	8
10	5	5	10

Fuente directa

Gráfico 2. Distribución de frecuencia de edad y sexo en el total de pacientes de la “Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.



Fuente directa

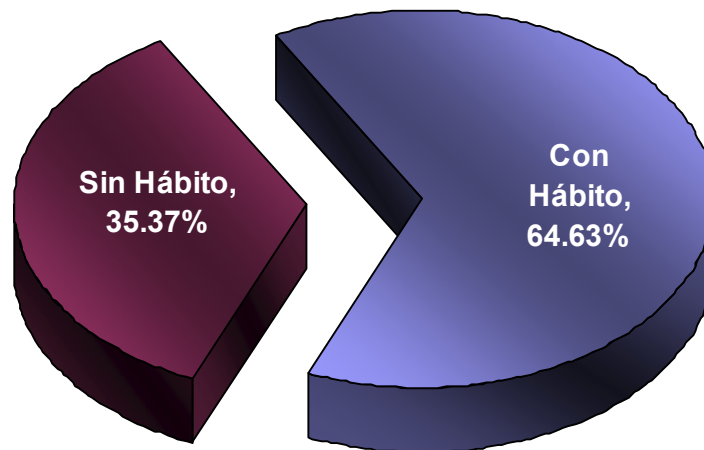
Del total de pacientes atendidos el 35.37% (29 pacientes) no presentaron ningún hábito, mientras que el 64.63% (52 pacientes) presentaron algún tipo de hábito. (Gráfico 3 y cuadro 3)

Cuadro 3 Distribución porcentual y de frecuencia del total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006 que presentaron o no algún tipo de hábito.

Hábito	Porcentaje	Frecuencia
Con Hábito	64.63%	53
Sin Hábito	35.37%	29
Total	100%	82

Fuente directa

Gráfico 3. Distribución porcentual y de frecuencia del total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego de la UNAM en el 2006 que presentaron o no algún tipo de hábito.



Fuente directa

De los 53 pacientes (64.63%) que presentaron algún hábito, 45 pacientes (54.88%) presentaron un hábito, 7 pacientes (8.54%) presentaron dos hábitos y 1 paciente (1.22%) presentó más de dos hábitos. (Cuadro 4 y gráfico 4)



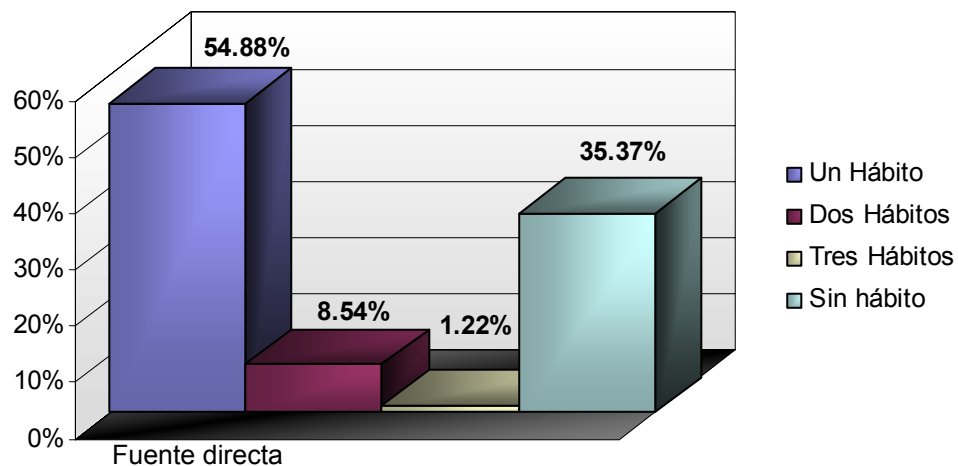
Cuadro 4. Distribución porcentual y de frecuencia de los pacientes que presentaron algún hábito en la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.

	Porcentaje	Frecuencia
Un Hábito	54.88%	45
Dos Hábitos	8.54%	7
Tres Hábitos	1.22%	1

Fuente directa

Gráfico 4. Distribución porcentual y de frecuencia de los pacientes que presentaron algún hábito en la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.

Hábitos bucales perniciosos



De los 53 pacientes (64.63%) que presentaron algún hábito, se obtuvo una frecuencia de 61 hábitos bucales perniciosos, donde la distribución porcentual obtenida de estos fue de la siguiente manera: el hábito más frecuente que encontró en la población de escolares estudiada fue: el hábito de respiración bucal con el 38.33% (23 pacientes), seguida del hábito de lengua 35.00% (21 pacientes), la onicofagia con (16.67% (10 pacientes),



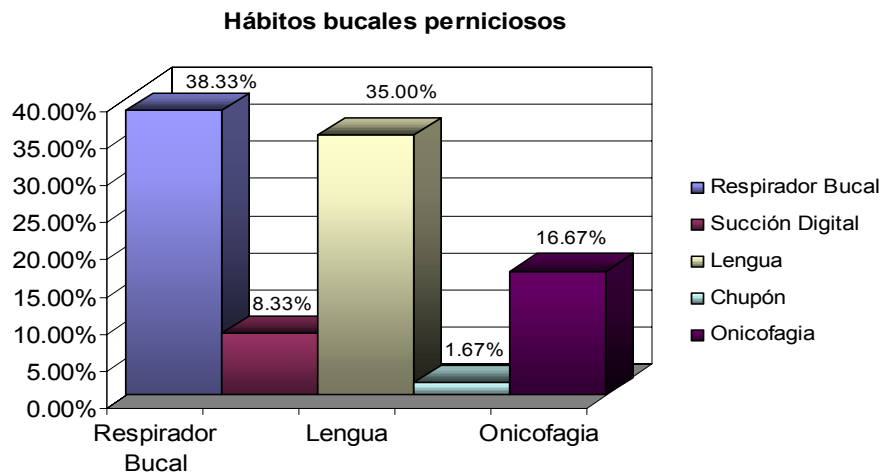
succión digital 8.33% (5 pacientes) y el hábito con menor frecuencia fue el de chupón con 1.67% (1 paciente). (Cuadro 5 y gráfico 5)

Cuadro 5. Distribución porcentual y de frecuencia de hábitos bucales perniciosos en el total de pacientes de la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.

Hábitos	Porcentaje	Frecuencia
Respirador Bucal	38.33%	23
Succión Digital	8.33%	5
Lengua	35.00%	21
Chupón	1.67%	1
Onicofagia	16.67%	10
TOTAL	100%	61

Fuente directa

Gráfico 5. Distribución porcentual y de frecuencia de hábitos bucales perniciosos en el total de pacientes de la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.



Fuente Directa

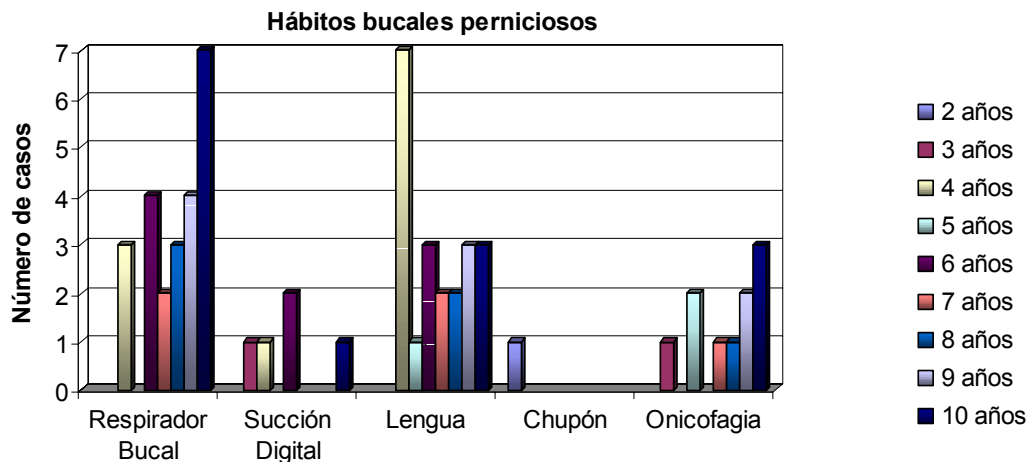


Cuadro 6. Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos por edad en el total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.

Edad	Respirador Bucal	Succión Digital	Lengua	Chupón	Onicofagia	Total
2 años	0			1		1
3 años		1			1	2
4 años	3	1	7			11
5 años			1		2	3
6 años	4	2	3			9
7 años	2		2		1	5
8 años	3		2		1	6
9 años	4		3		2	9
10 años	7	1	3		3	14
Total	23	5	21	1	10	61

Fuente directa

Gráfico 6. Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos por edad en el total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.



Fuente directa

En el sexo masculino se registró la mayor frecuencia de hábitos bucales perniciosos con 28 pacientes. El hábito que tuvo la mayor frecuencia en el sexo femenino fue el hábito de lengua con 10 pacientes y en el sexo



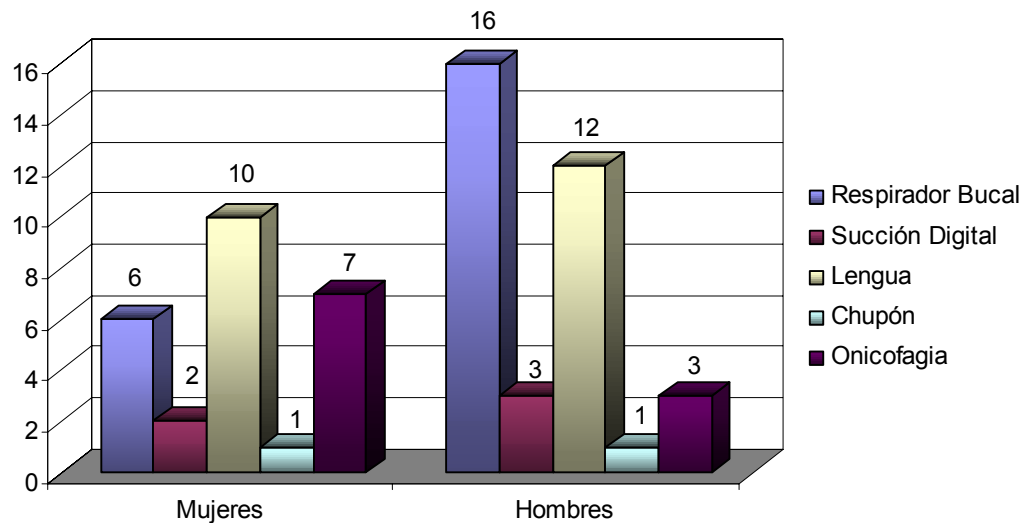
masculino fue el hábito de respiración bucal con 16 pacientes seguido del hábito de lengua con 12 pacientes.

Cuadro 7. Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos según el sexo en el total de pacientes atendidos en la Clínica Periférica “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.

Sexo	Respirador Bucal	Succión Digital	Lengua	Chupón	Onicofagia	Total
Mujeres	6	2	10	1	7	26
Hombres	16	3	12	1	3	35
Total	22	5	22	2	10	61

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 “Víctor Díaz Pliego” de la UNAM en el 2006.



Fuente directa



9. Conclusiones

- En esta investigación se reportaron los hábitos bucales perniciosos, respiración bucal, hábito de succión digital, hábito de lengua, hábito de chupón y la onicofagia, tomando en cuenta la frecuencia y el tiempo.
- Es importante destacar que el 64.63% presentó algún tipo de hábito bucal pernicioso.
- El hábito que tuvo mayor frecuencia fue el de respirador bucal, seguido del de succión digital.
- En relación a la distribución de los hábitos bucales perniciosos por sexo, el masculino tuvo mayor representación.
- Se sugiere que se realicen investigaciones similares en la Facultad de Odontología de la UNAM, así como en diferentes clínicas periféricas, debido a que hay escasos estudios publicados y por lo tanto se podrán obtener muestras más amplias en la población, lo que permitirá obtener la frecuencia de los hábitos bucales perniciosos y con esta información se podrán planificar programas de educación para la salud bucal dirigidos a los padres de familia y a sus hijos.



10. Referencias Bibliográficas

- 1.- Sorhegui A, Rigor A, González M, Mendecochea L. Digitopuntura y sedación nocturna: una opción en el tratamiento de hábitos deformantes. Rev. Cubana Ortodontic 1988; 13
- 2.- Fernández CM, Acosta A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev. Cubana Ortodontic 1997; 12
- 3.- Suárez A, Bidopia D. Cura sugestiva nocturna y auriculopuntura en el tratamiento de hábitos bucales deformantes. Rev. Científica médica de Holguín, La Habana 1998; 2
- 4.- Gacitúa G, Mora D, Veloso D, Espinoza A. Prevalencia de anomalías dentomaxilares causadas por malos hábitos en niños de 3 a 9 años de edad. Rev. Dental de Chile. 1998
- 5.- Agurto P, Díaz R, Cádiz O, Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área oriente de Santiago. Rev. Chilena de pediatría 1999; 70 no.6
- 6.- Barrios L, Puente M, Castillo A, Rodríguez M, Duque M. Hábito de respiración bucal en niños. Rev. Cubana Ortodontic 2001; 16
- 7.- Podadera Z, Ruiz D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años de edad. Rev. Cubana Estomatológica 2003; 40 (3)
- 8.- Montiel ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Rev. Asociación dental mexicana 2004; 61



- 9.- Paredes V, Paredes C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Rev. Anales de pediatría 2005; 62
- 10.- Sogbe. Conceptos básicos en Odontología pediátrica. Edit., Disinlimed, C.A., Caracas, Venezuela, 1996.
- 11.- Moyers R E. Manual de Ortodoncia, 4ta edición, Argentina Edit, Panamericana, 1994.
- 12.- Pinkham, J. R. Odontología Pediátrica. 2da. ed; Edit., Interamericana. Philadeldhia, 1994.
- 13.- FINN, Sydney B; Odontología Pediátrica. 4ta ed; Ed. Interamericana 1976
- 14.- Gómez, H. B. Examen clínico Integral en Estomatología. 1ª. Ed., Edit., AMOLCA, Colombia, 2003
- 15.- Díaz J E, Fariñas M, Pelletero B, Segura N. Prevalencia de la respiración bucal en pacientes de ortodoncia. Rev. Científica Medica de Holguin La Habana 2003; 7 (3)
- 16.- Barber, T. K. Odontología Pediátrica. Edit., Manual Moderno, México, 1985.
- 17.- Cuevillas G. Caracterización actual del síndrome del respirador bucal. Rev. Habanera de ciencias médicas 2005; 4 no.2
- 18.- Parra Y. El paciente respirador bucal una propuesta para el estado nueva esparta 1996-2001. Rev. Acta Odontológica Venezolana 2004; 42
- 19.- Braham, R. Odontología Pediátrica. Edit., Médica Panamericana, Buenos Aires, 1984.



20.- Ralph E, McDonald, et al. Odontología pediátrica y el adolescente. 5ta ed; Edit., Médica Panamericana., Buenos Aires, 1990

21.- Santoyo L. Chupón en los niños. www.mipediatra.com.mx

22.- Sosa M. Guías estomatológicas

<http://aps.sld.cu/bvs/materiales/guiasestomatol>.



Anexos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

México 2006

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, ya que solo es con fines estadísticos. La información será utilizada en la tesina "Prevalencia de hábitos bucales perniciosos en escolares de 2 a 10 años de edad que acuden a la clínica periférica "C.D. Víctor Díaz Pliego" UNAM. 2006".

Por su colaboración muchas gracias.

Atentamente

Cintia Guadalupe Bravo Ruiz

Si consiento

No consiento

Que mi hijo(a) _____

Participe en la entrevista y exploración bucal arriba mencionada.

Firma del padre o tutor



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

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS EN ESCOLARES
DE 2 A 10 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA CLÍNICA PERIFÉRICA
"C.D. VÍCTOR DÍAZ PLIEGO" UNAM. 2006

No. De Identificación

I. Datos personales

Nombre:

Edad: Años

Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

II. Hábitos

- 1. Respirador Bucal
- 2. Succión digital
- 3. Hábito de chupón
- 4. Hábito de Lengua
- 5. Onicofagia

Tiempo de presentar el hábito	Frecuencia Mañana Tarde Noche	Tiempo (Horas en día)
<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>

Observaciones
