



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**PROGRAMA EN ESPECIALIZACIÓN EN
ESTOMATOLOGÍA EN ATENCIÓN
PRIMARIA**

NIVEL SOCIOECONOMICO, ESTADO CIVIL DE LOS PADRES, TIPO DE SERVICIO DE SALUD, LACTANCIA, TIEMPO DE LACTANCIA EN LA GUARDERÍA Y SU RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES PARAFUNCIONALES, EN NIÑOS DE DOS A CUATRO AÑOS DE EDAD, EN LA GUARDERÍA 1 DEL IMSS, DISTRITO FEDERAL, MÉXICO. 2008

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
**ESPECIALISTA EN
ESTOMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

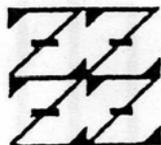
PRESENTA

C.D. GABRIELA ADRIANA BUCIO DELGADO

DIRECTOR:

DR. JOSÉ FRANCISCO MURRIETA PRUNEDA

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO HUMANO
EJE
DE NUESTRA REFLEXION

2008



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.

ÍNDICE

I.	Introducción	2
II.	Justificación	4
III.	Planteamiento del Problema	6
IV.	Marco Teórico	7
V.	Hipótesis	38
VI.	Objetivos	39
VII.	Universo de Estudio	41
VIII.	Tipo de Estudio	41
IX.	Variables de Estudio	42
X.	Metodología	45
XI.	Recursos	52
XII.	Actividades	53
XIII.	Presentación de los datos	54
XIV.	Discusión	62
XV.	Conclusiones	66
XVI.	Recomendaciones	67
XVII.	Referencias bibliográficas	68
ANEXOS:		
No. 1	Ficha Epidemiológica	75
No. 2	Cuestionario para padres de familia	78
No. 3	Gráfico Gantt de actividades (cronograma)	80

I. INTRODUCCIÓN

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 luego inconscientemente. Algunos son fisiológicos como la respiración nasal, masticación, fonarticulación y la deglución, y otros considerados parafuncionales o anómalos como la succión digital o labial, la respiración bucal y la deglución atípica, los cuales se desarrollan como una costumbre adquirida por la repetición continuada de una serie de actos que le sirven al sujeto para calmar una necesidad emocional. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga, o aburrimiento. En general, los niños lo usan como una forma de atraer la atención debido a tensiones en el entorno familiar, a la falta de atención de los padres, a la inmadurez emocional del niño y a los cambios en el ambiente familiar. Su importancia radica en el hecho de que todos los hábitos orales anómalos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan los dientes entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Esta es una razón por la cual se explicará en parte la alta prevalencia de la maloclusión dental y su relevancia radica en que su prevención se presentará como una condición viable debido a que los tipos de maloclusión más comunes se desarrollan por condiciones funcionales indeseables adquiridas, atribuidas entre otros factores a la presencia de este tipo de hábitos. La prevalencia de estos hábitos dependerá de la edad del niño, ya que en edades entre los dos y los seis años, la succión digital y la onicofagia están ampliamente

extendidas, mientras que en los niños mayores de seis años lo son la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica. La etiología de estos hábitos se considera multifactorial.

Con base en lo anteriormente expuesto, el presente estudio tiene como propósito evaluar si existe algún tipo de asociación entre la prevalencia de hábitos orales parafuncionales con el nivel socioeconómico, el estado civil de los padres, lactancia, tiempo de lactancia, tipo de atención de salud que reciben ya sea privado o pública y el tiempo que se encuentra el niño en la guardería.

Para tal fin se llevará a cabo el estudio en la guardería 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social calculando la prevalencia de este tipo de hábitos en relación al nivel socioeconómico, estado civil de los padres, el tipo de atención de salud (privado o pública, lactancia, tiempo de lactancia y el tiempo que se encuentra el niño en la guardería).

II. JUSTIFICACIÓN

Los hábitos orales parafuncionales pueden ser observados con frecuencia en niños en edad preescolar y escolar, condición que es tomada en cuenta por los odontólogos al llevar a cabo la valoración de la exposición del riesgo en el paciente tendiente al desarrollo de la maloclusión, la cual es considerada a nivel mundial como la tercera causa de morbilidad bucal, debido a que este tipo de hábitos generan una acción nociva en el desarrollo craneofacial, en la función de la musculatura orofacial y en proceso de erupción dentaria. Actualmente, la mayoría de los estudios realizados para observar este problema se han orientado hacia la descripción de la frecuencia y distribución con la que se presentan, dejando de lado el estudio de los diferentes factores que pueden estar asociados con su aparición.

Se sabe que los malos hábitos orales suelen ser reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento y que en general los niños los usan como una forma de atraer la atención debido a tensiones en el entorno familiar, a la falta de atención de los padres, a la inmadurez emocional del niño y a los cambios en el ambiente familiar, etc. Si esto es así, se encontrarán diferencias en la prevalencia de estos hábitos de acuerdo al nivel socioeconómico en donde los niños se ven involucrados en estilos de vida diferentes, ya que la problemática socio-familiar puede ser diferente en áreas rurales comparada con las zonas urbanas. La posibilidad de llevar a cabo el presente estudio es alta debido a que los recursos que se requieren para su ejecución no son sofisticados ni de alto costo, que no existe una alta complejidad

del problema a estudiar y existen las condiciones adecuadas para la localización de los casos así como para la recolección, procesamiento y análisis de la información. Al evaluar el riesgo de ocurrencia de los hábitos parafuncionales de acuerdo al nivel socioeconómico, estado civil de los padres, el tipo de atención de salud (pública o privada), lactancia, tiempo de lactancia y el tiempo que el niño se encuentra en la guardería se podrá establecer estrategias para corregir su evolución en los niños en que ya se encuentren presentes.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los hábitos orales parafuncionales tales como la succión digital y lingual, la deglución atípica, la onicofagia y el bruxismo son adquiridos frecuentemente por los niños en edad preescolar. Su carácter etiológico contempla la posibilidad de que existan diferencias en cuanto al riesgo de desarrollar cierto tipo de hábitos de acuerdo al entorno familiar, stress, nivel socioeconómico, etc. por lo que es factible preguntar:

¿Influye la situación socioeconómica, el estado civil de los padres, lactancia, tiempo de lactancia y el tipo de servicio de salud que reciben los niños de la guardería 1 ubicada en la calle principal número 57, Colonia Aeropuerto para presentar hábitos orales parafuncionales?, de igual manera; ¿Influye que el niño este mayor tiempo en la guardería para presentar hábitos orales parafuncionales?

IV. MARCO TEÓRICO

Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de forma consciente y luego inconscientemente. Algunos son fisiológicos como la respiración nasal, masticación, fonarticulación y la deglución, y otros no fisiológicos como la succión digital o labial, la respiración bucal y la deglución atípica. Los no fisiológicos son considerados malos hábitos ya que alteran el desarrollo del aparato estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas y generando la posibilidad de que se altere la oclusión dental. Los daños que pueden provocar dependen de factores variados como son la edad en que comienza el hábito, la frecuencia, duración, e intensidad así como de factores nutricionales genéticos, etc. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. En general, los niños lo usan como una forma de atraer la atención debido a tensiones en el entorno familiar, a la falta de atención de los padres, a la inmadurez emocional del niño, a los cambios en el ambiente familiar (el nacimiento de un hermano, ingreso del niño a la escuela, etc.)¹. El perfil epidemiológico de la prevalencia de los hábitos bucales parafuncionales se describe en el cuadro 1.

Cuadro 1

Perfil epidemiológico a nivel mundial de la prevalencia de hábitos parafuncionales.

Autor	Procedencia de los niños	Prevalencia	Diferencias
Onyeaso ¹	Nigeria	9.9% y 23.7%	Presentaron diferencias entre hombres y mujeres
Guaba ²	India	3%	
Kharbanda ³	India	35.5%	No presentaron diferencias entre hombres y mujeres
Bosnjak ⁴	Croacia	33.7%	
Chevitarese ⁵	Brasil	34.8%	
Farsi ⁶	Arábia Saudita	48.36%	
Duque ⁷	Cuba	40%	
Shetty ⁸	India	29.7%	
Bayardo ⁹	México	56%	Diferencias siendo más predominante en mujeres
Warren ¹⁰	Estados Unidos	64%	
Modeer ¹¹	Suecia	48%	Diferencias de acuerdo a la duración del hábito
Larsson ¹²	Suecia	72%	

SUCCIÓN DIGITAL

Cómo en todos los hábitos anormales, existen las repercusiones que la succión del pulgar tiene sobre las estructuras dentofaciales. En general chuparse el dedo durante los primeros dieciocho meses no implica ningún riesgo para la dentición ya que es considerada una condición fisiológica aceptable hasta la aparición de la dentición decidua, hábito que es reemplazado gradualmente por la masticación, razón por la cual se le considera mal hábito si persiste cuando el niño ya presenta dientes permanentes. Entre los dieciocho meses y cuatro años el daño se limita al segmento anterior; los dientes sobresalen ligeramente y la mordida se abre. Cuando el hábito persiste más de cuatro años con intensidad y frecuencia significativas los incisivos inferiores empiezan a inclinarse hacia atrás, el labio inferior se interpone entre ellos y los superiores, la lengua se introduce a su vez entre las dos arcadas manteniendo el círculo vicioso de la mordida abierta.

Existen dos tipos diferentes de succionadores de dedo (ver figura 1), el “pasivo” que tiende a llevarse el dedo a la boca y sólo tenerlo allí o los “activos” en donde se ejerce una presión vigorosa contra la dentición, estos son los niños que presentan alteraciones dentales y mandibulares. Desde el punto de vista bucal el daño provocado por la persistencia de esta conducta depende de tres factores principales: 1) La intensidad, es decir la fuerza que aplica a los dientes durante la succión, 2) La duración, cantidad de tiempo que se dedica a succionar y 3) La frecuencia, número de veces que se realiza el hábito durante el día⁹.

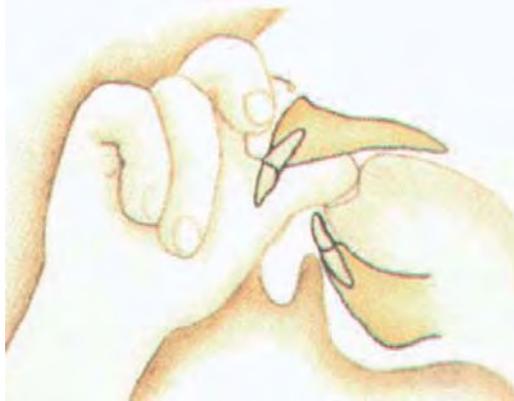


Figura1. Relación de la posición maxilar durante el hábito succión digital.



Figura 2. Evidencia de presencia de hábito de succión digital



Figura 3. Evidencia de presencia de hábito de succión digital al dormir.

Estos signos a nivel dentario y óseo son muy similares en todos los hábitos orales y se producen tanto en la dentición temporal como permanente en los tres planos del espacio.

1. Plano anteroposterior. Debido al empuje lingual o del dedo se produce una inclinación anterior de los incisivos superiores e inclinación de los inferiores con el consecuente aumento de la distancia entre ellos o resalte.
2. Plano vertical. Este desplazamiento anterior y posterior provoca una falta de solapamiento entre los incisivos superiores e inferiores que provoca una mordida abierta anterior.
3. Plano transversal. La posición más baja y adelantada de la lengua, característica de estos hábitos anómalos, produce un estrechamiento del maxilar, lo que provoca una compresión del mismo y ocasiona una mordida cruzada.

Otro factor etiológico de la succión digital es que el hábito como tal, llena una necesidad emocional en algunos niños, es especial ya avanzada la infancia.

Al odontólogo se le ha impuesto demasiada carga en el manejo y tratamiento de los niños con hábitos de succión digital, aun cuando los componentes primarios del hábito sean psicológicos. Hay dos razones principales para que los padres se sientan muy involucrados emocionalmente con respecto a la succión digital de sus hijos: 1) Es socialmente inaceptable, y 2) Los padres creen que el hábito causará un mal alineamiento antiestético de los dientes¹³. El perfil epidemiológico en cuanto a la prevalencia del hábito de succión digital se describe en el cuadro 2.

SUCCIÓN LABIAL

La succión labial o mordida de labio es observada en niños con un pronunciado resalte de la mordida. El labio inferior es succionado entre los incisivos superiores y los inferiores. Es un hábito constante que produce una lesión semicircular en el labio inferior. Esta lesión está sujeta a grietas e infecciones sobreagregadas como el impétigo. Se suele hallar una inclinación hacia lingual en los incisivos inferiores y protrusión de los incisivos superiores, con un resalte exagerado y con frecuencia sobremordida profunda (ver figura 4)¹³.



Figura 4. Evidencia de presencia de hábito de succión labial



Figura 5. Evidencia de presencia de hábito de succión labial al dormir

Cuadro 2

Perfil epidemiológico a nivel mundial de la prevalencia
del hábito de succión digital.

Autor	Procedencia de los niños	Prevalencia	Observaciones
Onyeaso ¹⁴ Shetty ⁸	Nigeria	8.1%	Diferencias por género y alta asociación entre succión digital y maloclusión dental.
	India	3.1%	
Kharbanda ³	India	0.7%	Diferencias significativas por género siendo más prevalente en niños.
Farsi ⁶	Arabia Saudita	48.36%	Asociación significativa entre el hábito de succión digital y maloclusión Clase II.
Tomita ¹⁵	Brasil		Alta asociación entre succión digital y maloclusión dental.
Gellin ¹⁶	Estadounidenses		Alta asociación entre succión digital y mordida anterior abierta.
Afzelius ¹⁷	Suecia		Alta asociación entre succión digital y proclinación de los incisivos inferiores.
Dacosta ¹⁸	Nigeria	33.3%	Ocurrencia de mordida abierta anterior en el 80% de los casos
Ogaard ¹⁹	Noruega	63%	
Larsson ¹² D'Viggiano ²⁰	Suecia Italia	72%	Alta asociación entre succión digital y mordida cruzada.

RESPIRACIÓN ORAL

La respiración oral es un hábito que modifica enormemente el equilibrio funcional en las estructuras de la base (adenoides, amígdalas, etc.) La presencia de este hábito causa protrusión de la arcada superior, el colapso del maxilar superior y presencia de mordida abierta.

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías: 1) Por obstrucción; 2) Por hábito y 3) Por anatomía. Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellas que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales el niño, por necesidad se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción, que lo obliga hacerlo. El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Debe poderse distinguir a cuál de estas categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse el segundo tipo del de un niño que respira por la nariz, pero que a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados. Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y nasofaringe estrechas, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentran en los individuos braquicefálicos²¹.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por: 1) Hipertrofia de los turbinatos causadas por alergías, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado; 2) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal, y 3) Adenoides agrandados²¹.

Las alteraciones que puede producir la respiración bucal mantenida a través del tiempo son alteraciones del cierre labial, alteraciones dentarias y maxilares, predisposición a enfermedades respiratorias y alteraciones corporales. Shetty⁸ y Kharbanda³ encontraron una prevalencia del 4.6% y 6.6% respectivamente en niños indios.



Figura 6. Evidencia de presencia de hábito de respiración bucal.

DEGLUCIÓN ATÍPICA

La deglución atípica se presenta como una disfunción lingual caracterizada por la proyección de la lengua hacia delante ocasionando un desequilibrio en la musculatura y por lo tanto una maloclusión debido a la presencia de una mordida abierta en la región anterior con un maxilar superior constricto en sentido transversal, un eje sagital mayor a lo normal, un paladar profundo y en ocasiones mordida cruzada posterior, ya que la lengua se apoya contra los dientes en el momento de deglución en vez de hacerlo contra el paladar como sería lo normal.

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación, lo que puede causar una deformación del hueso y mal posición dentaria. En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores¹⁶. En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Durante la vida existen dos patrones de deglución relacionados con el tipo de alimentación que determinan la posición lingual en la deglución, el patrón de deglución infantil, que se presenta durante el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, periodo durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante la lactancia la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior, y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes temporales

(aproximadamente a los ocho meses de edad), en que la lengua irá adoptando en forma paulatina una nueva posición en la boca contenida en la cavidad oral, la cual se mantendrá durante el resto de la vida.

Un tercer tipo de posición lingual se da en la fonación, en que, para poder pronunciar en forma correcta la lengua debe colocarse por detrás de los dientes superiores, pero en el niño con deglución infantil, se produce una interposición de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores. Esta interposición se presenta especialmente en la emisión de los fonemas D, T, S, donde se observa que el niño coloca la lengua entre los dientes, lo cual es incorrecto y da a la pronunciación un tono infantil. Se considera normal que durante los años en que el niño comienza a hablar, interponga la lengua, lo cual se corregirá sólo a medida que aprenda a colocarla bien y a lograr mejor control de los movimientos finos de esta¹⁶.

El perfil epidemiológico en cuanto a la prevalencia del hábito de deglución atípica se describe en el cuadro 3.

Cuadro 3

Perfil epidemiológico a nivel mundial de la prevalencia del hábito de deglución atípica.

Autor	Procedencia de los niños	Prevalencia	Diferencias
Onyeaso ^{1,14}	Nigeria	0.2%	Diferencias por género siendo mas prevalente en niños.
Shetty ⁸	India	3.02%	
Gellin ¹⁶	Estadounidenses	18.1%	Alta asociación entre hábito lingual y mordida abierta anterior.

MORDEDURA DE UÑAS U OBJETOS

La onicofagia o mordisqueo de uñas se define como el hábito compulsivo de comerse las uñas en donde el borde libre desaparece y la uña se sumerge en el lecho (ver figura 7). Es muy frecuente en la infancia y edad juvenil e influye negativamente en la estética dental y bucal ya que la continua y reiterativa manía ocasiona abrasión prematura de los incisivos centrales superiores. Los microtraumatismos que el mordisqueo ocasiona en las mucosas labiales hacen que la patología infecciosa (herpes, labios cortados, aftas) sea mas frecuente en esos pacientes. En un intento de adaptación las uñas suelen crecer mas rápidamente. Las uñas mordidas y posteriormente ingeridas pueden impactarse en la faringe y producir reacciones inflamatorias. También pueden aspirarse y pasar al árbol bronquial favoreciendo sobre infecciones o diversas complicaciones en el tejido pulmonar. Estas complicaciones se ven favorecidas por la forma del resto ungueal muy idónea para engancharse en las paredes con su poco peso. Pero lo más habitual es que pase al tubo digestivo y acabe mezclándose con las heces al final del trayecto dada la imposibilidad de digerir el resto ungueal. La succión de dedos y la mordedura de uñas son ejemplos cotidianos y comunes de hábitos pautados de desarrollo. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. La prevalencia de la onicofagia es excepcionalmente elevada. Hay igualdad respecto a sexos aunque las mujeres parecen ser más preocupadas por el problema estético por lo que buscan ayuda en mayor número que los hombres. Las encuestas muestran que cerca del 45% de los niños durante la pubertad,

alrededor del 25% de los estudiantes universitarios y más o menos el 10% de los adultos mayores de 35 años se muerden las uñas compulsivamente²⁰. Autores como Lubitz²² consideran que la onicofagia, a diferencia de la succión del pulgar, puede ser indicadora de algún conflicto emocional que debe alertar al médico. En cuanto a su frecuencia, Shetty⁸ encontró que el 12% de los niños estudiados presentaron este hábito.



Figura 7. Microtraumatismos en los dedos y restos ungueales.

BRUXISMO

Bruxismo es el término que hace referencia a la acción incesante de rechinar y apretar los dientes en momentos inadecuados. Las personas que padecen de bruxismo a menudo no se dan cuenta de que han desarrollado este hábito y no saben que el tratamiento está disponible hasta que se han dañado la boca y los dientes. Los síntomas más comunes son: abrasión dental, dolor facial, dientes demasiado sensibles, tensión de los músculos de la cara y de la mandíbula, cefalea, dislocación de la mandíbula, chasquido en la articulación temporomandibular, indentaciones de la lengua y daños en la parte interior de la mejilla. Sin embargo, cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente⁵.

Su presencia puede ser diurna o nocturna, con distintos grados de intensidad y presencia en el tiempo, inconsciente y fuera de los movimientos funcionales (normales) que tiene la mandíbula. También es considerado un trastorno neurofisiológico de los movimientos mandibulares que de forma progresiva, desgasta los tejidos dentarios dando la apariencia de dientes muy pequeños reducidos en tamaño (ver figura 8). Sus repercusiones clínicas pueden ir más allá del desgaste dentario y afectar estructuras de soporte dentario (encías), musculatura cervico-craneal y la articulación temporomandibular⁵. Puede ser de dos tipos: a) Bruxismo céntrico conocido como cierre forzado de los dientes y b) Bruxismo excéntrico el cual contempla el rechinamiento de los dientes. Suele presentarse en los niños de entre 4 y 6 años y tiende a disminuir con la edad, después que erupcionan los molares y los incisivos permanentes, aunque puede

persistir en la edad adulta. Lo presentan por igual los niños y las niñas. Las causas del bruxismo son desconocidas, sin embargo, ha sido atribuido a todo tipo de trastornos desde situaciones de stress emocional, alergias, parasitosis, deficiencias nutricionales y posición al dormir^{5,17}.



Figura 8. Dientes temporales con evidencia de desgaste acentuado de bordes incisales de dientes temporales anteriores.

EL BRUXISMO Y SU ASOCIACIÓN CON PARASITOSIS

El bruxismo es un rechinar de los dientes durante el sueño; se produce una actividad rítmica de los músculos maseteros, temporales y pterigoideos que produce una oclusión de la mandíbula, con emisión de ruidos de rechinar o castaño de los dientes. Esta alteración puede ser transitoria o crónica. Si es crónica, produce un desgaste de los dientes y de las estructuras que los soportan, tanto tejidos blandos como alvéolos dentales. Estos pacientes generalmente no son conscientes de este cuadro y acuden al médico por dolores faciales y mandibulares; muchos se quejan de alteraciones del sueño inespecíficas. Los dolores más referidos son los faciales, mandibulares, de la articulación temporomandibular, cefaleas, pero también dolores de cuello y espalda, así como fatiga de la mandíbula al masticar.

Las helmintiasis son enfermedades parasitarias muy frecuentes en nuestro medio, con una alta morbilidad, especialmente en poblaciones con grandes carencias sociales. Un grupo de estas patologías es capaz de producir manifestaciones bucales, por lo cual es importante que el odontólogo las conozca para poder identificarlas y manejarlas apropiadamente.

En 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que las helmintiasis y la esquistosomiasis representaron más del 40% de la carga de morbilidad de todas las enfermedades tropicales, excluyendo la malaria²³.

En la enterobiasis algunos autores han referido que los síntomas cardinales son de dos tipos: el prurito y los síntomas nerviosos. Los síntomas nerviosos son variados y derivan de las alteraciones del sueño nocturno y sus lógicas consecuencias diurnas. Los niños sufren especialmente de insomnio, o bien, si

han conciliado el sueño, se mueven inquietos en la cama, hablan dormidos o tienen pesadillas e, incluso, llegan al sonambulismo; muchos, presentan precisamente bruxismo al dormir. Al día siguiente, los niños aparecen pálidos, ojerosos, de aspecto apático, o bien están inquietos, muchas veces con un rendimiento deficiente en los estudios, que hace a sus profesores catalogarlos de malos estudiantes. De esta forma se conducen durante el día, de modo que llegan cansados y agotados en la noche siguiente .

Por estas razones el odontólogo debe tener presente la posibilidad de infecciones por helmintos, particularmente *Enterobius vermicularis*, ante estos síntomas. Dado que muchas de estas patologías son crónicas, podría observarse por el bruxismo asociado el desgaste dental y alteraciones periodontales, entre otras, por lo cual se debería considerar y evaluar las parasitosis intestinales²³.

REFLEJO DE SUCCIÓN

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto. Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamando reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento, y el reflejo de Moro, todos presentes al nacimiento. Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad. La necesidad de agarrarse no resulta tan obvia. Sin embargo, aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje, y contribuye a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia²¹.

A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos cosibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable puede tratar de comerlo. Si la sensación producida es desagradable, lo escupe y muestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto.

El intento de llevar a la boca un objeto “bueno” se denomina introyección. El rechazo de un objeto “malo” se denomina proyección.

En este comportamiento podemos observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal. Estas “pruebas” bucales evidentemente no solo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentado por el niño, sino también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno y malo. Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizados estas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, el introducirse su dedo o pulgar en la boca. El pulgar manteniendo en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca y también la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre²¹.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

HÁBITOS PARAFUNCIONALES Y NIVEL SOCIOECONÓMICO, ALTERACIONES BIOPSIOSOCIALES Y ESTRUCTURA FAMILIAR.

Se analizaron 1,600 expedientes odontopediátricos de niños mexicanos, con el objeto de determinar la relación existente entre algunos factores biopsicosociales y los malos hábitos orales, manifestándose una predisposición significativa en los pacientes hijos únicos, niños llamados con algún nombre extranjero y niños con el mismo nombre que su padre o madre, niños con padre ausente, hijos de padres que se rehúsan a describir las características de conducta del paciente, e hijos de padres incongruentes en sus descripciones sobre salud (mental y/o física) y su realidad.

Así mismo se detectó una correlación significativa con los niños en mal estado de salud presente, especialmente alergias, así como niños con antecedentes de problemas de salud pasada, especialmente las de tipo crónico.

Existe valiosa información en los cuestionarios de admisión odontopediátricos, la cual demuestra asociación significativa entre factores biopsicosociales y los malos hábitos orales, los cuales una vez reconocidos como problema de conducta que afecta los tejidos orales y parte de los principales problemas de salud oral, requieren para su prevención y tratamiento, de un abordaje multidisciplinario orientado a atacar directamente la causa del problema.²⁴

En la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se realizó un estudio con el objetivo de conocer cuales son los malos hábitos que se presentan entre los 5 y 13 años de edad que acuden al Diplomado de Ortopedia Maxilar en la FES Iztacala. El objetivo fue conocer cual de estos malos hábitos son los de mayor prevalencia. Los resultados obtenidos en el protocolo de investigación de acuerdo al porcentaje de prevalencia fueron: Succión de Labio 33%, Respiración Bucal 38%, Onicofagia 28%, Succión de Lengua 14%, Habito del chupón 12%, Succión digital 10%²⁵.

En el país de Chile se realizó una investigación a cerca de los malos hábitos que alteran el normal desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dento-esqueléticas, además de problemas psicológicos, emocionales, de los sistemas respiratorio, digestivo y de aprendizaje. 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 malos hábitos. El objetivo de esta investigación fue realizar un estudio de la frecuencia de malos hábitos orales y determinar la relación entre la presencia de malos hábitos y el desarrollo de las anomalías dentomaxilares. El universo 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 1878 niños quienes, al momento del examen, presentaban amígdalas sanas, dentición temporal completa e integridad coronaria. El 66% presentó malos hábitos, de los cuales los más frecuentes fueron la succión (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%).

Los objetos más succionados fueron la mamadera en 55%, el dedo en 23% y chupete 15%. De los niños que presentaron malos hábitos, el 22% presentó a lo 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 malos hábitos y el desarrollo de maloclusiones, $p < 0.0001$.

La alta frecuencia de malos hábitos y de maloclusiones indica la necesidad que el pediatra sea capaz de detectar malos hábitos y algunos signos de anomalías dentomaxilares en forma precoz, ya que al hacer un diagnóstico oportuno será menor el daño que provoquen.²⁶

En el municipio de Nezahualcóyotl se realizó un estudio para conocer la prevalencia de mordida cruzada posterior y los factores de riesgo potenciales que dan lugar a su aparición como son erupción ectópica, respiración bucal, succión digital, interferencias oclusales y grupo edad. Se llevó a cabo el estudio en una población de 1 000 niños de 4 a 9 años de edad en ciudad Nezahualcoyotl.

La prevalencia de mordida cruzada posterior fue de 11.7%; dividido en 5.4% con mordida cruzada unilateral; 1.5% mordida cruzada bilateral, 4.8% abarcando un solo diente; por sexo se observó con mayor frecuencia en los niños. Los factores de riesgo que mostraron significancia estadística fueron: erupción ectópica, interferencia oclusal y edad. Con el análisis multivariado se observó que la erupción ectópica y la interferencia ($P < 0.001$)²⁷

Se realizó un análisis de la situación de salud bucal según condiciones de vida en el área de salud "Camilo Cienfuegos" del municipio Habana del Este durante el período de septiembre del 2000 a julio del 2001. Se procedió a operacionalizar el concepto de condiciones de vida. Para la clasificación de los factores condicionantes según condiciones de vida se utilizó el índice de desarrollo integral, con el objetivo de realizar una interpretación más integradora de la comunidad donde se desarrolla y vive la familia y el individuo, pues se analizan las condiciones de vida y la salud bucal relacionadas; por otra parte, puede ser utilizada tanto en el pregrado. Por último, este tipo de análisis puede realizarse a la familia, municipio u otro tipo de agrupación. Se obtuvo información sobre los factores de riesgo e indicadores de salud bucal para cada uno de los estratos identificados. Se concluyó que los indicadores de salud bucal, en su gran mayoría, alcanzan los porcentajes más altos en el grupo que tiene condiciones favorables y los porcentajes más bajos en los consultorios que presentan condiciones desfavorables. Para garantizar cambios positivos en el estado de salud bucal de una comunidad, es importante elaborar una estrategia de intervención que incluya el control permanente de la evolución del estado de salud bucal de la población, estableciendo programas de promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación, que permitan brindarle una buena atención preventiva-curativa. Esta posibilidad nos la brinda el análisis de la situación de salud, que constituye un instrumento científico-metodológico necesario para identificar, priorizar y solucionar problemas de salud comunitario²⁸.

En Caracas se realizó un estudio sobre la alta prevalencia de maloclusiones en niños de 3 a 12 años de edad, en un país donde más del 78.2% (Fundacredesa 1994) de la población vive en estado de pobreza, trae como consecuencia la necesidad de realizar programas interinstitucionales con labores de educación, donde se integre el odontólogo, la asistente dental y el maestro, y así poder llegar a los padres y sus hijos en las escuelas, mediante la aplicación de niveles de prevención en ortodoncia que se integren con lo curativo y así evitar o interferir en la evolución de la enfermedad²⁹.

Se realizó en Estados Unidos una investigación epidemiológica donde aborda la problemática de salud desde una perspectiva crítico social. El estudio plantea conocer la distribución de la salud y de la enfermedad en los grupos sociales, a través de niños de edad escolar, utilizando como apoyo metodológico la categoría reproducción social, a fin de tomar las decisiones pertinentes en el área. Las características del estudio son de corte transversal, observación directa; los instrumentos de recolección de información fueron cuestionarios y la ficha clínica odontológica. El estudio coloca en evidencia el impacto de los procesos políticos, económicos y sociales sobre los diversos componentes de la vida de los grupos sociales que allí hacen presencia. Destacan los grupos sociales IV (subproletariado) y III (Obreros) como los más afectados dada su vinculación lábil a los procesos productivos y por ende con presencia de procesos patológicos bucales más deteriorantes y acceso limitado a los servicios de atención bucal.³⁰

Se realizó un proyecto de intervención en el municipio de Cárdenas en el año 2000, a través de Psicoterapeutas en el Círculo Infantil "Amores de la Patria" en los grupos de 4to, 5to y 6to año de vida con el fin de erradicar el Hábito de Succión Digital en 11 niños de 3 a 6 años que fueron resistentes a una intervención educativa anterior debido a que tenían factores psicosociales adversos asociados. Se aplicó técnicas de análisis psicológicas como entrevistas estructuradas y análisis psicográficos arribándose al conocimiento de las causas psicológicas que subyacen al hábito. Los resultados derivados de este análisis fueron utilizados en los guiones de la psicoterapia de títeres y en las sesiones de las escuelas de padres. Se produjo un cambio positivo en la conducta de los padres hacia sus hijos de hábito de succión digital. Dando como resultado la erradicación del 27.2% del hábito de succión digital así, mostrando la efectividad de la psicoterapia³¹.

Se realizó un estudio en España sobre prevalencia de hábitos orales, sobre 1,100 escolares con edades comprendidas entre los 4 y los 11 años de edad. Los resultados mostraron una distribución desigual para cada uno de los diferentes hábitos. a) La prevalencia encontrada de los diferentes hábitos fue del 53 %; b) estos hábitos aparecen de igual manera independientemente del sexo, y c) las alteraciones de mordida abierta anterior, compresión maxilar y aumento del resalte están relacionados con la presencia de hábitos orales, sin ser estadísticamente significativo³².

Se realizó una investigación sobre la incidencia de respiración bucal en pacientes de la Clínica Dental de Ortodoncia de enero 2001 a abril 2001, con una muestra de 100 registros. Sus criterios de inclusión fueron: una anamnesis detallada, un análisis funcional correcto, la descripción de oclusión, la presencia de primeras muelas. Los propósitos fueron determinar la incidencia de la respiración bucal, la frecuencia de la respiración bucal y su relación a la edad. La respiración bucal presento una incidencia de 60 % en los niños de 8-9 años de edad³³.

Se realizó un estudio analítico para conocer el tipo de lactancia materna hasta los 6 meses de edad y los hábitos deformantes. El universo lo conformaron 130 niños en el municipio de Cárdenas en el año 2005. Se entrevistaron a las madres de dichos niños para conocer el tiempo de duración de la Lactancia Materna y los hábitos bucales deformantes de sus hijos. A los niños se les realizó el examen físico buco dental, observando la presencia de los hábitos. Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre el hábito de succión digital y el chupeteo de biberones con el abandono precoz de la Lactancia Materna. Concluyendo que el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses contribuyo a la prevalencia elevada de hábitos orales deformantes en los niños estudiados³⁴.

El efecto preventivo de la lactancia materna en la adquisición de hábitos orales viciosos de succión y deglución ha sido mencionado por autores en la literatura odontológica. Se examinó una muestra de 226 niños preescolares en Caracas. Se aplicó una encuesta a cada madre o representante recopilándose características sociodemográficas, período de amamantamiento y presencia de hábitos orales viciosos. Los resultados mostraron que más de la mitad de los niños fueron amamantados por un período de 6 meses o más (58%). El riesgo relativo para los niños lactados por un período menor de 6 meses comparados con los niños lactados por 6 meses o más fue de 6 para la presencia de hábitos orales viciosos. Se obtuvo una asociación significativa entre lactar por 6 meses o más y menor presencia de hábitos orales viciosos de succión y deglución, 73.3% de los niños lactados por 6 meses o más no presenta hábitos orales viciosos, lo que contrasta con 31.6% de los lactados por menor tiempo (valor-p=0)³⁵.

La estabilidad psicológica del niño proporcionada por la lactancia natural contribuye a disminuir la prevalencia de hábitos bucales incorrectos que provocan serias maloclusiones que afectan la estética y función bucofacial. Los elementos inmunológicos adquiridos durante la lactancia evitan estados alérgicos e infecciones respiratorias que generalmente provocan respiración bucal y anomalías dentofaciales. Aparece una adecuada posición y función lingual (natural), facilitando el equilibrio dentario.

La función muscular durante la lactancia favorece el mejor desarrollo de los maxilares y facilita la erupción y alineación de los dientes. El incremento del movimiento mandibular durante la lactancia con la función incrementada de

músculos propulsores y de cierre, evita retrognatismos mandibulares, obteniéndose mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Con la ejercitación de los músculos masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuyen el 50 % de cada uno de los indicadores de maloclusiones dentarias (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etcétera.) que afectan considerablemente la estética y la función dentofacial del niño. El logro de una salud bucal satisfactoria en la infancia representa una gran ventaja psicosocial y económica para la familia.⁷

En Estados Unidos se analizó la asociación posible entre el uso de un chupete y las características conductuales especiales en bebés de 2-4 meses por medio de un cuestionario aplicado a las madres. La muestra fue de 192 bebés sanos seleccionados al azar. En los cuestionarios se abordaron características demográficas maternas, prácticas de puericultura con el énfasis especial sobre el uso de un chupete, temperamento: la actividad, la capacidad de adaptación, la intensidad, el humor, la perseverancia, la distracción y el umbral. Un total de 117 de 192 bebés (60.9 %) usó chupetes, y parecían tener un comportamiento rítmico y normal. Los bebés que acostumbran el chupete se relacionan con variables de historia perinatal, fondo social familiar, modelo de alimentación, el compartimiento de cama y el compartimiento de habitación. Sin embargo no se encontró ninguna asociación entre los bebés y las variables antes mencionadas.³⁶

Se realizó un análisis retrospectivo en 75 niños (as) con edades entre 4 y 10 años los cuales presentaron persistencia de hábito de succión digital, y se trataron con la instalación de la rejilla palatina. Los resultados favorables se obtuvieron durante el primer mes de instalación de la rejilla. La rejilla palatina fija se constituye en una excelente ayuda para el tratamiento de hábitos de succión persistentes pues tiene un éxito de tratamiento por encima de 80%. La terapia llevada a cabo en este estudio demostró ser efectiva en pacientes en dentición decidua y mixta.³⁷

La succión digital es el hábito oral más común. Con un aumento en la incidencia del hábito oral en Nigeria en los últimos años debe haber un aumento esperado en los efectos de dentofacial del hábito. En este estudio 81 niños, 29 hombres y 52 mujeres de 3-16 años fueron revisados. Cada niño todavía estaba activamente comprometido al hábito de dedo. Se dividieron en 3 grupos de 3-6 años, 7-10 años y 11 años. Los efectos dentofaciales del hábito sobre cada tema fueron tasados. Overjet incrementado fue observado en 63-705 de los niños en los grupos etarios diferentes mientras la ocurrencia de la mordida abierto anterior se extendió 33.3 % a 80 % descender en la frecuencia con el aumento en la edad. La incompetencia de labio ocurrió en 51.8 % de niños revisados, existiendo más frecuentemente en el grupo etario más viejo, Clase 2 de Angle fue observado en 22.2 % de la población de muestra. Los resultados muestran que la maloclusión es un resultado frecuente del la succión digital.³⁸

V. HIPÓTESIS

El nivel socioeconómico, el estado civil de los padres, tipo de servicio de salud (privado o pública, lactancia, tiempo de lactancia y el tener al niño mayor tiempo en la guardería son factores que se asocian con la prevalencia de los hábitos parafuncionales en los niños de la guardería infantil 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI. OBJETIVOS

GENERAL

Evaluar si existe asociación entre la prevalencia de hábitos orales parafuncionales y el nivel socioeconómico, el estado civil de los padres, y el tipo de atención de salud ya sea privado o pública, lactancia, tiempo de lactancia en el niño y tiempo de estancia en la guardería infantil 1 del IMSS?

ESPECÍFICOS

1. Determinar cuáles hábitos orales parafuncionales fueron los que se presentaron con mayor frecuencia en los niños.
2. Determinar la prevalencia de hábitos orales parafuncionales por edad y género.
3. Evaluar si la prevalencia de hábitos orales parafuncionales está asociada al nivel socioeconómico de los niños.
4. Evaluar si la prevalencia de hábitos orales parafuncionales está asociada al estado civil de los padres de los niños.
5. Evaluar si la prevalencia de hábitos orales parafuncionales tiene alguna relación con el tipo de servicio estomatológico recibido por los niños, ya sea privado o público.
6. Evaluar si el niño que esta mayor tiempo en la guardería presenta mayor predisposición hacia la presencia de hábitos orales parafuncionales.
7. Evaluar si el periodo de lactancia puede ser considerado como un factor de riesgo que influye en la prevalencia de hábitos orales parafuncionales en los niños.

VII. UNIVERSO DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo conformada por 100 niños de dos a cuatro años de edad, de ambos sexos, que están inscritos en la guardería infantil 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en calle principal, número 57 de la colonia Aeropuerto.

VIII. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio epidemiológico de carácter observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en el cual se llevo a cabo el seguimiento de los niños en estudio, con el propósito de calcular la tasa de prevalencia de hábitos orales parafuncionales de acuerdo a la situación económica, al estado civil de los padres de los niños, al tipo de atención médica (privada o pública), lactancia, tiempo de lactancia y el tiempo de estancia del niño en la guardería.

IX. VARIABLES DE ESTUDIO

INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN	CATEGORIA	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Cualitativa	2 años 3 años 4 años	Discontinuo
Sexo	Relacionado con el género del sujeto.	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal
Tipo de servicio de salud	Condición establecida en función del pago y financiamiento del tipo de servicio de salud solicitado	Cualitativa	Privado Público	Nominal
Tiempo de permanencia en la guardería por parte del niño	Tiempo que transcurre desde el momento que ingresa el niño a la guardería hasta que se retira de ella.	Cualitativa	4 horas 6 horas 8 horas 12 horas	Discontinuo
Estado civil de los padres.	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa	Soltera Viuda Divorciados Casados Unión Libre Madre soltera	Nominal

Nivel Socioeconómico	Grado de bienestar material alcanzado por un individuo	Cualitativa	\$1,000 a \$2000 mensuales. \$3000 a \$500 mensuales. \$600 en adelante	Discontinuo
Tiempo de Lactancia	Es el tiempo de alimentación de los bebés con leche materna.	Cualitativa	Tiempo de lactancia 0-5 Meses 6-10 Meses 11-15 Meses	Discontinuo
Lactancia	Es la alimentación de los bebés con leche materna para satisfacer sus requerimientos nutricionales	Cualitativa	Si lactó No lactó	Discontinuo

DEPENDIENTES

Variable	Definición	Clasificación	Categorías	Nivel de Medición
Succión digital	Acto de llevarse el dedo a la boca ejerciendo una presión vigorosa contra los dientes.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Respiración oral	Acto de respirar por a boca compensando alguna dificultad para hacerlo nasalmente.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Deglución atípica	Disfunción lingual caracterizada por la proyección inadecuada de la lengua hacia delante.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Onicofagia	Hábito compulsivo de comerse las uñas	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Bruxismo	Acción incesante de rechinar y apretar los dientes en momentos inadecuados.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal

X METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en la guardería infantil 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en calle Principal número 57 Colonia Aeropuerto. Para conformar el censo de los niños se solicitó permiso a la directora para realizar la investigación, una vez otorgado se le pidieron las listas oficiales de los niños inscritos en la guardería 1, fueron seleccionados sólo a aquellos cuya edad se encuentre comprendida entre los 2 años y los 4 años. Así mismo, fue entregado un resumen informativo sobre las características del proyecto para solicitar el apoyo de las autoridades, así como la autorización por escrito de cada padre de familia con el consentimiento para que su hijo sea incluido en el estudio, cubriendo de esta manera con los aspectos ético-legales del proyecto.

Se llevó a cabo la intracalibración de un odontólogo para la encuesta epidemiológica a través del método directo, la cual fue medida a través del cálculo de concordancias absolutas y relativas, así como del estadístico de kappa de Cohen con el propósito de verificar que las concordancias obtenidas no se deban al azar. Para la exploración bucal fue utilizado un espejo dental plano del #5, sin aumento y un vernier metálico marca MacBrian. (anexo 1).

El diagnóstico de la presencia de los diferentes hábitos orales se realizó en dos etapas: a) aplicación de un cuestionario al padre de familia sobre condiciones en su hijo relacionadas con la presencia de hábitos orales (anexo 2) y b) observación clínica del niño para valorar la presencia de algún hábito oral.

Valoración clínica.

El examen clínico lo realizó un odontólogo previamente calibrado. Los niños fueron examinados bajo la luz de día con espejos dentales y vernieres metálicos (instrumentos que permitirán cuantificar el desplazamiento anterior y posterior en milímetros de los incisivos). Las mediciones con el vernier se realizaron en el plano *antero-posterior* para medir el desplazamiento anterior y posterior de los incisivos superiores respecto a los inferiores, y en el *plano vertical* para medir la falta de solapamiento de los incisivos superiores sobre los inferiores.

Los procedimientos utilizados en los niños para detectar hábitos anómalos se realizaron con el consentimiento de los padres.

Los hábitos orales parafuncionales que fueron estudiados son: la deglución atípica (posición adelantada de la lengua empujando los incisivos en el momento de la deglución), la respiración bucal (hábito de respiración por la boca debido la mayoría de las veces por obstrucción nasal), la succión digital (hábito de interposición del dedo pulgar u otros entre los maxilares) y el bruxismo (apretar o rechinar de los dientes de manera continua produciendo un desgaste de los mismos).

La presencia de algunos hábitos, como la deglución atípica o la respiración bucal fueron detectada clínicamente y confirmada por parte de los padres posteriormente en un cuestionario diseñado para la ocasión, mientras que la succión digital y bruxismo fueron confirmadas según el tipo de maloclusión presente y confirmado por los padres sobre el tiempo de duración del mismo.

El examen extraoral comprendió la exploración de tres zonas:

De los dedos para comprobar su limpieza o la presencia de callosidades.

De los labios para observar a) si el labio superior cubre los dos tercios de los dientes incisivos superiores, b) si el cierre labial se realiza suavemente sin forzar el labio inferior, c) si el labio inferior normal en relación al superior. d) Ausencia de irritación de la piel cercana al labio inferior.

De la nariz en la cual fueron observadas dos condiciones: a) la forma de las aletas nasales ya sea que se encuentren redondeadas o aplanadas y b) si al sellar manualmente los labios, la respiración se mantiene normal.

El examen intraoral comprendió la exploración de la lengua colocada por detrás de los dientes superiores al tragar y de la lengua colocada por detrás de los dientes en reposo.

Condiciones que fueron tomadas en cuenta para clasificar a un hábito oral como presente.

Succión digital: se consideró un niño con mal hábito de succión si sus padres contestan que toma mamadera, succionan chupón, dedo, labio u otro objeto o bien si presento clínicamente alguna de las siguientes características: dedo de la mano con callosidades y limpio, irritación de la piel inferior al labio. Arcadas por separado: a) Constricción del maxilar superior presentando una forma elíptica (lo normal es semicircular) e incisivos inclinados hacia adelante (protruidos) y b) Incisivos inferiores inclinados hacia atrás (retruidos).

Respirador bucal: Se consideró respirador bucal por mal hábito si sus padres respondieron que el niño pasa día y noche con la boca abierta y si además el niño presenta una de las siguientes características: si muestra casi toda o toda la superficie labial de los incisivos superiores (labio superior corto), cierre labial alterado (si al juntar los labios se hace a expensas del inferior que se torna tenso y depresiones en el mentón, labio inferior grueso y revertido, irritación en piel cercana al labio inferior, aletas nasales aplanadas, que al sellar sus labios la respiración se acelera o se hace insuficiente.

Deglución atípica: En reposo, estando el niño en una posición cómoda se separaron sus labios y la lengua se encontraba interpuesta entre ambas arcadas, al pedirle al niño que trague saliva, frunce los labios y contrae los músculos de la mejilla haciendo una "mueca". En deglución se hace tragar saliva al niño y sin que el separe sus dientes, el examinador separa sus labios y la lengua se encuentra entre ambas arcadas.

En reposo: colocando al niño en una posición cómoda se separan sus labios y se observará si la lengua se encuentra interpuesta entre ambas arcadas. En deglución: al hacer al niño tragar saliva y sin que separe los dientes, el examinador separo los labios y observo si la lengua se encuentra entre ambas arcadas.

Onicofagia: se define como el hábito compulsivo de comerse las uñas en donde el borde libre desaparece y la uña se sumerge en el lecho. Es muy frecuente en la infancia y edad juvenil e influye negativamente en la estética dental y bucal ya que la continua y reiterativa manía ocasiona abrasión prematura de los incisivos centrales superiores.

En reposo: colocando al niño en una posición cómoda se separan sus labios y se observará si la lengua se encuentra interpuesta entre ambas arcadas. En deglución: al hacer al niño tragar saliva y sin que separe los dientes, el examinador separo los labios y observo si la lengua se encuentra entre ambas arcadas.

Bruxismo: Cuando a la inspección bucal las caras oclusales de los molares temporales muestren evidencia necesaria de abrasión de las cúspides, de igual manera cuando al llevar a cabo la palpación de los músculos maseteros y temporales se reconozca la hipertonía de dichos músculos.

Para la medición u obtención de las variables independientes como el nivel socio económico, edad, género, estado civil, tipo de servicio de salud y tiempo que pasa el niño en la guardería se realizo a través de la ficha epidemiológica (anexo 1).

PLAN DE PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Plan de clasificación.- Se ordenaron los formatos de ficha clínica epidemiológica de acuerdo a las variables de interés para el estudio, como son: género, nivel socioeconómico, lactancia, estado civil de los padres, tiempo de lactancia, servicio medico (privado, pública) y tiempo de permanencia en la guardería por parte del niño.

Plan de codificación.- Una vez que se clasifico se codifico a través del método de asignación simbólico numérico, con el propósito de facilitar la identificación y localización de cada ficha epidemiológica.

Plan de tabulación.- Para llevar a cabo la concentración de los datos fueron capturados en formato Excel el cual permitió exportar los datos al paquete estadístico SPSS 12.0 versión para Windows.

Procesamiento estadístico propiamente dicho.- para evaluar la prevalencia de hábitos orales, por edad, género y nivel socioeconómico, estado civil de los padres, servicio medico (privado, pública) y tiempo de estancia del niño en la guardería, fueron calculadas tasas, razones y proporciones e intervalos de confianza. Para evaluar la posible asociación entre la prevalencia de hábitos orales con el género, nivel socioeconómico, lactancia, estado civil de los padres, tiempo de lactancia, servicio medico y tiempo en la guardería por parte del niño

fueron calculados los valores de Ji cuadrada, procesados a través del software SPSS 12.0 versión para Windows.

Presentación estadística.- para facilitar la interpretación y análisis de los datos, los resultados fueron presentados en cuadros diseñados en Excel.

XI RECURSOS

HUMANOS

- 1 Responsable del proyecto
- 2 Director del proyecto

FÍSICOS

- 100 Espejos dentales planos sin aumento del #5
- 2 Vernieres metálicos marca MacBrian
- 1 Mesa escolar
- 2 Sillas

MATERIALES

- 5 Lápices
- 100 Ejemplares del formato de ficha clínica-epidemiológica
- 200 Guantes desechables
- 100 Cubrebocas
- 1 Galón de solución antiséptica (Benzal)

XII ACTIVIDADES*

- 1)** Promoción del proyecto.
- 2)** Conformación del censo.
- 3)** Localización de la guardería de interés para el estudio.
- 4)** Elaboración de la relación o listados de los niños que serán examinados.
- 5)** Solicitud de la autorización por parte del director/a y padres de familia de los niños.
- 6)** Encuestas epidemiológicas.
- 7)** Clasificación, codificación y tabulación de los datos.
- 8)** Procesamiento estadístico de los datos.
- 9)** Presentación estadística de la información.
- 10)** Análisis e interpretación de resultados.
- 11)** Elaboración del informe final del trabajo de investigación.

*Ver cronograma en el anexo No. 3

XIII PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Se examinaron un total de 100 infantes de los cuales el 40% fueron hombres y el 60% mujeres, teniendo una representación más o menos proporcional por categoría de edad (cuadro 4).

CUADRO 4

Distribución del grupo de estudio edad y sexo

Edad	Hombres	Mujeres	n
2 años	15%	22%	n= 37
3 años	9%	16%	n=25
4 años	16%	22%	n=38
Total	n=40%	n=60%	N=100

La prevalencia de hábitos bucales parafuncionales fue de 25 casos, de los cuales 12 casos fueron de niños con el hábito de respiración bucal y 9 casos correspondieron al hábito de succión digital (cuadro 5).

CUADRO 5

Distribución de casos de hábitos bucales parafuncionales

Hábito	Tasa de prevalencia x 100 niños	Frecuencia de casos
Succión digital	0.09	9
Succión labial	0.04	4
Respirador bucal	0.12	12
Todos	0.25	25

En cuanto a su distribución por edad, el hábito de succión digital presentó la frecuencia más alta a los 3 años de edad, mientras que el hábito de la succión labial y el de respiración bucal fueron más frecuentes a los 2 años de edad comprobándose una asociación entre ambas variables $\chi^2_{0.95, g. l.2}=9.835$, $p=0.00$ (cuadro 6).

CUADRO 6

Distribución de casos de hábitos orales de acuerdo a la edad

Hábitos parafuncionales				
Edad	Succión digital	Succión labial	Respiración bucal	Todos los hábitos
2 años	0.03	0.03	0.08	0.14
3 años	0.04	0.01	0.03	0.08
4 años	0.02	0.00	0.01	0.03
General	0.09	0.04	0.12	0.25

* Tasa por cada cien niños

Respecto a la variable de género, el hábito de succión digital predominó en el sexo masculino, no así el hábito de succión labial, el cual fue más frecuente en el sexo femenino, no se encontró asociación entre ambas variables $\chi^2_{0.95, g.l.1}=9.835$, $p=0.28$ (cuadro 7).

CUADRO 7

Distribución de casos de hábitos orales por género

Género	Succión digital	Succión labial	Respirador bucal	Todos los hábitos
Hombres	0.05	0.01	0.06	0.12
Mujeres	0.04	0.03	0.06	0.13
General	0.09	0.04	0.12	0.25

* Tasa por cada cien niños

Los hábitos bucales parafuncionales de succión digital, succión labial y respiración bucal se presentaron con mayor frecuencia en la categoría de ingreso mensual de \$3000 a \$5000 al mes. No encontró una asociación entre ambas variables. $\chi^2_{0.95}$, g.l.2=0.183, p=0.91 (cuadro 8).

CUADRO 8

Distribución de casos de hábitos orales por nivel económico

Nivel económico*	Succión digital	Succión labial hábitos	Respirador bucal	Todos los
\$1,000 a 2,000	0.01	0.01	0.01	0.03
\$3,000 a 5,000	0.07	0.02	0.08	0.17
\$6000 a más	0.01	0.01	0.03	0.05

* Ingreso mensual
** Tasa por cada cien niños

En cuanto a su distribución al estado civil de los padres, los hábitos orales de succión digital, succión labial y respiración bucal se presentaron con mayor frecuencia en la condición de casada. No se encontró asociación entre esta variable y los hábitos bucales parafuncionales $\chi^2_{0.95}$, g.l.4= 7.915, p=0.09 (cuadro 9).

CUADRO 9

Distribución de casos de hábitos orales por estado civil de los padres

Estado civil	Succión digital	Succión labial	Respirador bucal	Todos los hábitos
Casada	0.07	0.03	0.09	0.19
Madre soltera	0.01	0.01	0.01	0.03
Divorciada	0.00	0.00	0.01	0.01
Unión libre	0.01	0.00	0.01	0.02
General	0.09	0.04	0.12	0.25

* Tasa por cada cien niños

En relación a las horas de permanencia del niño en la guardería el hábito de succión digital y respirador bucal presentaron mayor frecuencia, cuando el menor permanece ocho horas en la guardería. No se mostró una asociación entre ambas variables $\chi^2_{0.95, g.l.2} = 2.698$, $p=0.25$ (cuadro 10).

CUADRO 10

Tasa de prevalencia de hábitos orales por estancia de horas del niño en la guardería

Horas en la guardería	Succión digital	Succión labial	Respirador bucal	Todos los hábitos
4	0.00	0.00	0.00	0.00
6	0.01	0.01	0.01	0.03
8	0.05	0.01	0.08	0.14
12	0.03	0.02	0.03	0.08

* Tasa por cada cien niños
 ** Horas de permanencia

Los hábitos bucales parafuncionales de succión digital, succión labial y respiración bucal se presentó con mayor frecuencia cuando el servicio de salud al cual acudían era público. No se encontró asociación entre ambas variables $\chi^2_{0.95, g.l.1} = 0.632$, $p=0.42$ (cuadro 11).

CUADRO 11

Distribución de casos de hábitos orales por tipo de servicio de salud

Servicio de salud	Succión digital	Succión labial	Respirador bucal	Todos los hábitos
Privado	0.00	0.00	0.00	0.00
Público	0.09	0.04	0.12	0.25

* Tasa por cada cien niños

Los hábitos bucales parafuncionales de succión digital, succión labial, y respiración bucal en relación a la variable de lactancia presentó mayor frecuencia cuando la madre lacta al infante, evidenciándose una asociación entre ambas variables $\chi^2_{0.95, g.l 1} = 100.0$, $p=0.00$ (cuadro 12).

CUADRO 12

Distribución de casos de hábitos orales por lactancia

Lactancia	Succión digital	Succión labial	Respirador bucal	Todos los hábitos
Sí lactó	0.09	0.04	0.12	0.25
No lactó	0.00	0.00	0.00	0.00
General	0.09	0.04	0.12	0.25

* Tasa por cada cien niños

Respecto al tiempo de lactancia al infante se mostró que el hábito de succión digital tuvo una mayor frecuencia cuando el periodo de lactancia fue menor, lo que no sucedió con el hábito de respiración bucal, ya que éste se presentó más cuando el periodo de lactancia fue mayor, no mostrando evidencia alguna de asociación entre ambas variables $\chi^2_{0.95, g.l. 2} = 0.159, p=0.92$ (cuadro 13).

CUADRO 13

Distribución de casos de hábitos orales por tiempo de lactancia

Tiempo de lactancia	Succión digital	Succión labial	Respirador bucal	Todos los hábitos
0-5 meses	0.05	0.01	0.04	0.10
6-10 meses	0.03	0.01	0.05	0.09
11 ó más	0.01	0.02	0.03	0.06
General	0.09	0.04	0.12	0.25

* Tasa por cada cien niños

CUADRO 14

Asociación entre hábitos bucales con las variables independientes.

Variables	χ^2	Grados de libertad	$\alpha-1$
Edad	9.835	2	0.007*
Sexo	1.135	1	0.287
Tipo de servicio de salud	0.632	1	0.427
Tiempo de estancia en la guardería	2.698	2	0.259
Estado civil de los padres	7.915	4	0.095
Nivel económico	0.183	2	0.913
Tiempo de lactancia	0.159	2	0.924
Lactancia	100.0	1	0.000*

* Asociación estadísticamente significativa.

CUADRO 15

Asociación entre el hábito de succión digital con las variables de interés para el estudio.

Variables	χ^2	Grados de libertad	$\alpha-1$
Edad	2.179	2	0.336
Tipo de servicio de salud	0.521	1	0.471
Tiempo de estancia en la guardería	0.312	2	0.856
Estado civil de los padres	2.887	4	0.577
Nivel económico	1.491	2	0.475
Tiempo de lactancia	3.269	2	0.195
Lactancia	21.53	1	0.000*

* Asociación estadísticamente significativa.

CUADRO 16

Asociación entre el hábito de succión labial con las variables de interés para el estudio.

Variables	χ^2	Grados de libertad	$\alpha-1$
Edad	3.209	2	0.201
Tipo de servicio de salud	0.219	1	0.640
Tiempo de estancia en la guardería	1.877	2	0.391
Estado civil de los padres	1.426	4	0.840
Nivel económico	0.095	2	0.954
Tiempo de lactancia	1.125	2	0.570
Lactancia	12.50	1	0.000*

* Asociación estadísticamente significativa.

CUADRO 17

Asociación entre el hábito de respiración bucal con las variables de interés para el estudio.

Variables	χ^2	Grados de libertad	$\alpha-1$
Edad	6.401	2	0.041*
Tipo de servicio de salud	3.907	1	0.048*
Tiempo de estancia en la guardería	9.875	2	0.007*
Estado civil de los padres	3.679	4	0.451
Nivel económico	1.175	2	0.556
Tiempo de lactancia	0.368	2	0.832
Lactancia	40.91	1	0.000*

* Asociación estadísticamente significativa.

XIV DISCUSIÓN

Se puede definir como hábito a la costumbre o práctica adquirida, caracterizada por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego inconsciente.

La prevalencia de los hábitos parafuncionales depende de la edad del niño, ya que en edades entre los dos y los seis años, la succión digital y la onicofagia están ampliamente extendidas, mientras que en los niños mayores de seis años lo son la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica. Sin embargo hay que mencionar que el hábito de succión digital se considera normal hasta a los 2 años de edad.

En el presente estudio se observó que la prevalencia del hábito de respiración bucal fue el que se presentó con mayor frecuencia. Su importancia radica en el hecho de que si no se diagnostica y trata oportunamente, este hábito puede causar la protrusión de la arcada superior y el colapso del maxilar superior, ocasionando una mordida abierta³.

Este hábito se mostró con una frecuencia alta comparada con los resultados de las investigaciones de Shetty y Kharbanda⁸, quienes observaron que el hábito de respiración bucal no fue tan frecuente en niños indios de la misma edad que los niños del presente estudio. Este comportamiento probablemente se deba al hecho de que las condiciones ambientales son diferentes, las cuales pueden estar repercutiendo en la integridad de la función de las adenoides, que cuando son sometidas a contaminación ambiental, pueden verse afectadas en su función, la

cual es compensada por el organismo a través del desarrollo del hábito de respiración bucal.

En relación a las diferentes variables independientes consideradas en este estudio, se comprobó que la prevalencia de hábitos parafuncionales estuvo asociada con el antecedente de lactancia y la edad del niño. De igual manera, este mismo comportamiento fue observado cuando se llevó a cabo el análisis sobre la posible asociación entre la variable lactancia con la succión digital y labial, lo que no sucedió con el hábito de respiración bucal.

Los hábitos bucales se mostraron con una frecuencia alta al asociarla con el abandono de lactancia materna antes de los 6 meses en la investigación de Martínez³¹. En comparación al presente estudio se observó un comportamiento similar ya que el hábito de succión digital, y succión labial tuvo una mayor frecuencia cuando el periodo de lactancia fue menor de 6 meses.

Este comportamiento probablemente se deba a que cuando el niño succiona del seno materno ejercita los músculos de la masticación especialmente el orbicular de los labios, encargados de su formación y en general de los músculos de la cara favoreciendo su crecimiento gracias a la estimulación de lactancia materna.

Pero si el niño lacta en un corto período y lo sustituye por biberón repitiendo la acción en un tiempo prolongado se tiene como consecuencia un paladar estrecho y alto debido a la forma del chupón, favoreciendo a las maloclusiones dentarias³¹.

Por otra parte, el hábito de succión digital se comportó como el segundo hábito más frecuente, no obstante, su frecuencia fue alta comparada con lo reportado para países como Nigeria e India^{1,2} y más baja que lo mostrado en niños sauditas de tres a cinco años de edad. Este comportamiento probablemente se deba a que

el niño se encuentra alejado de su familia y permanece más tiempo en guardería, entonces el niño adquiere el hábito para atraer la atención de los padres. Las repercusiones clínicas de este hábito se manifiestan, por lo general, en el segmento anterior, en donde los dientes anteriores sobresalen ligeramente, lo que da origen a una mordida abierta.

Cuando este hábito persiste en el niño por más de cuatro años, con intensidad y frecuencia significativa, los incisivos inferiores empiezan a inclinarse hacia atrás, el labio inferior se interpone entre ellos y los superiores, la lengua se introduce a su vez entre las dos arcadas, generando el círculo vicioso hacia una mordida abierta⁹.

Finalmente, el tercer hábito que presentó la población de estudio fue el hábito labial, el cual presentó una frecuencia baja, en comparación con los hallazgos difundidos en un estudio realizado en el Diplomado de Ortopedia Maxilar, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Probablemente este comportamiento se deba a la edad ya que a mayor edad, mayor es la prevalencia de los hábitos bucales debido a la repetición constante, duración e intensidad por un lapso largo de tiempo o por años provocando daño en el aparato estomagtonático.

Sin embargo, este hábito es considerado normal durante los primeros años de vida, porque el niño comienza a hablar y a tener un mejor control de sus movimientos finos y de la colocación de la lengua, no obstante, si persiste este hábito por más tiempo en niños en edad preescolar es considerado anómalo²⁵.

Referente al estado económico y estado civil de los padres no se encontró asociación con los hábitos bucales.

Este comportamiento tal vez se deba a que los padres del menor (padre-madre) trabajan y mantienen un estado económico medio según lo encontrado en la presente investigación.

En cuanto al estado civil de los padres predominó el estar casado lo cual origina un ambiente armónico en el núcleo familiar proporcionando un estado emocional estable al menor.

Cabe mencionar que los resultados del presente estudio fueron recolectados en una guardería por lo tanto la población total estudiada es pequeña.

XV CONCLUSIONES

- En la población estudiada el 25% presentó hábitos orales parafuncionales.
- Los hábitos orales parafuncionales que se presentaron con mayor prevalencia fueron: la succión digital, la succión labial y la respiración bucal.
- No se presentó ningún caso de bruxismo, onicofagia y deglución atípica.
- El grupo de edad de tres años fue el que presentó la prevalencia más alta de hábitos orales parafuncionales.
- No se observó asociación entre la prevalencia de hábitos parafuncionales y el género.
- El hábito de respiración bucal resultó estar asociado con el tiempo de permanencia en la guardería, el servicio de salud de cobertura del infante, edad y lactancia.
- En cuanto a los hábitos de succión digital y succión labial sólo presentó asociación al recibir lactación el infante.

XVI. RECOMENDACIONES

Dado los resultados de la presente investigación es recomendable se realicen más investigaciones sobre el tema, en las que se incluyan otras variables, tales como: la conducta del infante en la guardería, el entorno psicosocial del niño que acude a la estancia infantil, así como el tiempo de convivencia de los padres con el niño.

Una vez detectados los casos de hábitos orales parafuncionales es importante y ético informarles a los padres de familia acerca de la alteración que padece su hijo, las consecuencias de la presencia del mismo y el tratamiento para erradicarlo.

De igual manera, elaborar un programa preventivo bucodental de los hábitos orales dirigida a la población infantil que recibe el servicio en la estancia.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Onyeaso O, Sote O. Prevalence of oral habits in 563 Nigerian preschool children age 3-5 years old. Niger Postgrad Med J. 2001; 8(4):193-5.
2. Guaba K, Ashima G, Tewari A, Utreja A. Prevalence of malocclusion and abnormal oral habits in North Indian rural children. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 1998; 16(1):26-30.
3. Kharbanda P, Sidhu S, Sundaram K, Shukla K. Oral habits in school going children of Delhi: a prevalence study. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2003; 21(3):120-4.
4. Bosnjak A, Vucicevic-Boras V, Miletic I, Bozic D, Vukelja M. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. J Oral Rehabil. 2002; 29(9):902-
5. Chevitarese AB, Della Valle D, Moreira TC. Prevalence of malocclusion in 4-6 year old Brazilian children. J Clin Pediatric Dent. 2002; 27(1):81-5.
6. Farsi N, Salama S. Sucking habits in Saudi children: prevalence contributing factors and effects on the primary dentition. Pediatric Dent. 1997; 19(1):28-33.

7. Duque V. Z. Flores P.H. Evaluación del impacto del taller sobre lactancia materna y su rol preventivo en las anomalías dentomaxilofaciales, 2003. Rev. Cubana Estomatol v.41 n.1 Ciudad de La Habana. 2004. 17-21
8. Shetty R, Munshi K. Oral habits in children a prevalence study. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 1998; 16(2):61-6.
9. Bayardo E, Mejia J, Orozco S, Montoya K. Etiology of oral habits. ASDC J Dent Child. 1996; 63(5):350-3.
10. Warren J, Bishara E, Steinbock L, Yonezu T, Nowak J. Effects of oral habits duration on dental characteristics in the primary dentition. J Am Dent Assoc. 2001; 132(12):1685-93.
11. Modeer T, Odenrick L, Lindner A. Sucking habits and their relation to posterior crossbite in 4 year old children. Scand J Dent Res. 1982; 90(4):323-8.
12. Larsson E. Artificial sucking habits: etiology prevalence and effect on occlusion. Int J Orofacial Myology. 1994; 20:10-21.
13. Raymond L, Abraham, Merle E. Odontología Pediátrica. 2ad. México: Editorial Medica Panamericana, 1989:421-422.

14. Onyeaso O. Oral habits among 7 to 10 years old school children in Ibadan, Nigeria. *East Afr Med J.* 2004; 81(1):16-21.
15. Tomita E, Bijella T, Franco J. The relationship between oral habits and malocclusion in preschool children. *Rev Saude Publica.* 2000; 34(3):299-303.
16. Gellin E. Digital sucking and tongue thrusting in children. *Dent Clin North Am.* 1978; 22(4):603-19.
17. Afzelius A, Larsson E, Lofgren G, Bishara E. Factors that influence the proclination or retroclination of the lower incisors in children with prolonged thumb sucking habits. *Swed Dent J.* 2004; 28(1):37-45.
18. Dacosta O, Orenuga O. Dentofacial anomalies related to the digit sucking habit. *Afr J Med Med Sci.* 2002; 31(3):239-42.
19. Ogaard B. Dummy and finger sucking habits among five years old children. An investigation of frequency and effect on the dentition and occlusion. *Tann Tid.* 1989; 99(6):206-12.
20. Viggiano B. Oral habits and atypical deglutition in certain Sao Paulo children. *Int J Orofacial Myology.* 1991; 17(3):11-5.

21. Sidney B, Finn. Odontología Pediátrica. 4ta edición. México: Editorial Interamericana, 1976:326-335.
22. Lubitz L. Nail biting, thumb sucking and other irritating behaviours in childhood. Aust Dent. 1993; 22(2):230.
23. Rodríguez Alfonso, Morales M. Manifestaciones bucales de las enfermedades parasitarias tropicales presentes en Venezuela. Revisión de la literatura. Cuarta parte: infecciones producidas por helmintos 2005. Revista electrónica: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/ARM/ARM04/arm04.htm>
24. Bayardo CRE, Mejia, Orozco MS, Montoya BK. Los malos hábitos orales en niños. Revista ADM 1995; 52(2):79-88.
- 25.- Miranda Cruz Jacqueline, Villanueva Nandaya Edar, Sánchez Aldama Maraguli, Niño Artinez Wendy. Hábitos orales más frecuentes en niños de 5 a 13 años de edad que acuden al diplomado de ortopedia maxilar en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala 2003. Revista electrónica: <http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosoral58.htm>

26. Pamela A gusto, Rodríguez Díaz, Olga Cádiz, Fernando Bobenrieth. Revista Chilena Pediatría 1999; 70(6):36-48.

27. Beraud Dorian Isela, Sánchez Martha, Murrieta Pruneda José Francisco, Mendoza Víctor. Bol. Med Hosp. Infant Méx. 2004; 61(2): 141-148.

28. *Martínez S.* Modelo formativo-capacitante para el análisis de la situación de salud. Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, ISCM-H. FSP, 1995. *Resik Habib P.* Consideraciones teóricas y operacionales. Ciudad de La Habana, ISCM- H. FSP, 1994.

29. Vega Patricia. Estudio descriptivo de salud para su incorporación en programas de prevención de maloclusiones, Caracas. Acta Odontológica 2004 V 41 N 1: 139-160.

30. Ortiz Rugeles Alma, Condiciones de vida y de la salud bucal del escolarizado y su familia municipio Carona. 2000; 38 (1): 114-125.

31 Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ; Effects of oral habits duration on dental characteristics in the primary dentition. Am Dent Assoc 2001 Dec; 132(12):1685-93

32. Nanda S, Khan I, Anand R. Effect of oral habits on the occlusion in preschool children. ASDC J Dent Child. 1972; 39(6):449-52

33. Ogaard B, Larsson E, Lindsten R; The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3 -year-old children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.*1994; 2:1-6.
34. Martínez Maribel, F Heberto. Lactancia maternal en la prevención de hábitos bucales deformantes. *Revista Electrónica* 2008; 30(1) 1-5.
35. Blanco Cedres Lucila, Guerra Maria, Rodríguez Sebastián. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. 2007; 45(1): 1-4
36. Kelmanson JA; Use of a pacifier and behavioral features in 2-4 month-old infants. *Acta Pediatr* 1999; 88(11): 58-61.
37. Schneider E, Peterson J. Oral habits: considerations in management. *Pediatric Clin North Am.* 1982; 29(3):23-26.
38. Larsson E. Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of girls from birth to 3-16 years of age. *Angle Orthod.* 2001; 71(2):11-19.

ANEXOS

ANEXO No. 1

Ficha epidemiológica

Nombre de niño: _____ Sala del niño _____

Edad _____

Género _____

Nivel Economico: \$1000 a \$2000 mensual _____

\$3000 a 5000 mensual _____

\$6000 a mas mensuales _____

Estado civil: Casados _____ Madre Soltera _____ Divorciados _____

Unio libre _____ Viuda _____

Tipo de Servicio de Salud Privado _____ Pública _____

Horas que deja al niño en la guarderia: 4hrs _____ 6hrs _____

8hrs _____ 12hrs _____

Le dio de amamantar a su hijo: Si _____ NO _____

Hasta que edad: 0 a 5 meses _____ 6 a 10 meses _____ 11 meses a
más _____

I. Examen extraoral

1. Dedos 2. Labios	Limpios	Con callosidades
a) Labio superior b) Cierre labial c) Labio inferior d) Irritación de piel cercana al labio inferior	Normal Normal Normal SI	Labio corto Alterado Grueso y evertido NO
3. Nariz		
a) Aletas nasales b) Al sellar los labios	Redondeadas Respiración normal	Aplanadas La respiración se acelera o es insuficiente

II. Examen intraoral

1. Lengua		
a) En deglución	Normal	Interpuesta
b) En reposo	Normal	Interpuesta
c) En fonación	Normal	Interpuesta
2. Oclusión		
A. Arcadas por separado		
a) Arcada superior		
Forma de los incisivos	Semicircular Normales	Elíptica (comprimida)
3. Protruidos		
B. Arcada inferior		
a) Incisivos	Normales	Retruidos
C. Arcadas en oclusión		
a) En sentido transversal		
Normal	Borde a borde	Mordida cruzada
b) En sentido sagital		
Relación de caninos temporales		
Neutroclusión	Distocclusión	Mesioclusión
Resalte		
Normal	Borde a borde Aumentado	Disminuido (invertido)
c) En sentido vertical		
Escalón		
Normal	Aumentado (sobremordida)	Disminuido (mordida abierta)

Autorización del padre o tutor para la revisión bucal de su hijo.

FIRMA

ANEXO No. 2

Cuestionario para los padres

Nombre de niño: _____ Sala del niño _____

Nombre de quien responde el cuestionario _____

Parentesco con el niño: _____

Succión: su hijo:

1. ¿Toma mamila?	SI	NO
------------------	----	----

Frecuencia:

1 vez al día	2 veces al día	3 o más veces al día
--------------	----------------	----------------------

2. ¿Usa chupón?	SI	NO
-----------------	----	----

3. ¿Se chupa el dedo?	SI	NO
-----------------------	----	----

Ocasión:

Cuando está aburrido	Al dormir	Todo el día
----------------------	-----------	-------------

4. ¿Su hijo succiona el labio?	SI	NO
--------------------------------	----	----

5. ¿Su hijo succiona algún otro objeto como cobija, lápices, etc.?	SI	NO
--	----	----

Respiración:

6. ¿Su hijo respira por la boca?	SI	NO
----------------------------------	----	----

7. Su hijo permanece con la boca abierta:	Durante el día y la noche	Sólo durante la noche
---	---------------------------	-----------------------

--	--	--

ANEXO 3

Gráfico Gantt de actividades

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

Gráfico Gantt de actividades

