



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**“Frecuencia de hábitos parafuncionales en un grupo de
escolares del Edo. de México, 2014.”**

TESIS

Elaboradapor:

LUCERO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

Director de tesis

Dr. en O. JOSÉ FRANCISCO MURRIETA PRUNEDA

México D.F.

2014



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

CAPÍTULO	PÁGINA
I Introducción	2
II Justificación	3
III Planteamiento del Problema	4
IV Marco Teórico	5
V Antecedentes del área de influencia de la población de estudio	27
VI Hipótesis	31
VII Objetivos	32
VIII Universo de Estudio	33
IX Tipo de Estudio	34
X Variables de Estudio	34
XI Metodología	36
XII Resultados	45
XIII Discusión	59
XIV Conclusiones	63
XV Recomendaciones	65
XVI Referencias Bibliográficas	66
ANEXOS	
No. 1 Formato de consentimiento informado	71
No. 2 Ficha Epidemiológica para los escolares	73
No. 3 Cuestionario para padres de familia	75
No. 4 Gráfico Gantt de actividades (cronograma)	77

I. INTRODUCCIÓN

Un hábito es un acto adquirido por la experiencia y de repetición frecuente que en un principio es voluntario para después ser involuntario o inconsciente y sirve para calmar una necesidad emocional; así mismo un hábito parafuncional es el resultante de la perversión de una función normal que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario en cavidad bucal.

Los malos hábitos se presentan como defensa en momentos de estrés, falta de atención por parte de los padres, trastornos psicológicos entre otros; su relevancia en estomatología radica en el hecho de que este tipo de hábitos pueden influir en el desarrollo de la oclusión dental, alterándola, es por eso que es muy importante la intervención oportuna del odontólogo, aunado con la ayuda de otros especialistas, para llevar a cabo un buen tratamiento y evitar futuras complicaciones.

El presente estudio tuvo como propósito conocer la frecuencia de hábitos parafuncionales en edad escolar, tales como succión digital, labial, uso de mamilas y chupones, mordedura de objetos, onicofagia, respiración bucal, protracción lingual y queilofagia, ya que son de relevancia debido a que no se sabe con mayor precisión la frecuencia como se presentan en escolares mexicanos, por tanto, los resultados que se obtengan de este trabajo de investigación, permitirán ampliar el mapa epidemiológico sobre este tipo de hábitos, los cuales son considerados un problema de salud importante en población escolar.

Por tal motivo, se llevó a cabo un estudio epidemiológico en escolares de 6 a 11 años de edad inscritos en la escuela primaria “José Urquiza Gómez”, ubicada en la Colonia Gustavo Baz Prada, en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México. Asimismo, se verificó si existe asociación entre la frecuencia de este tipo de hábitos bucales con el sexo y la edad.

II. JUSTIFICACIÓN

Los hábitos parafuncionales son considerados como un problema de salud frecuente en la población escolar. Estos hábitos se dan como resultado de problemas psicológicos, emocionales, falta de atención de los padres y cambios en el entorno familiar, lo que provoca alteraciones en el desarrollo normal del sistema estomatognático, tales como el cambio en la musculatura orofacial, deformidades craneofaciales y postura de los órganos dentarios. Es por eso que se realizó esta investigación en edad infantil (6 a 11 años de edad) debido a que es en este grupo etario en donde es mayor su aparición en la población, lo que permitió conocer la frecuencia con la que se presentan.

Existen muchos trabajos que hablan de la etiología, frecuencia y tratamiento de los hábitos parafuncionales, pero no es conocida con precisión la frecuencia con la cual se presenta en población infantil mexicana, es por eso que en este estudio se llevó a cabo su medición para profundizar y conocer un poco más acerca de este evento.

La viabilidad que se llevó a cabo en el estudio es alta, debido a que la línea de investigación en oclusión dental contó con los recursos materiales y físicos necesarios para su ejecución; así como también fueron adecuadas las condiciones para la población de estudio y poder desarrollarlo, ya que existió la autorización para ingresar a este espacio social, de igual manera se contó con la logística para llevar a cabo la recolección de los datos, procesamiento y análisis de los mismos.

El impacto del estudio es alto, debido a que los resultados que se derivaron del mismo permitieron complementar el mapa epidemiológico que se tiene actualmente de este evento, hábitos que son de gran importancia en el desarrollo de la oclusión dental, o bien, en la alteración de la misma.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los hábitos parafuncionales son una problemática de salud muy importante en la población infantil ya que pueden influir negativamente en el desarrollo de la oclusión en la dentición secundaria, provocando alteraciones en la misma. Su frecuencia es variable, siendo la succión digital y la onicofagia los que se reportan con mayor frecuencia. Con base en lo anteriormente expuesto las preguntas relevantes que se deben plantear son:

¿Cuál será la frecuencia de los hábitos parafuncionales en general, en los niños en edad escolar inscritos en la escuela “José Urquiza Gómez”, ubicada en la Colonia Gustavo Baz Prada, en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México?, ¿el hábito de succión digital y el de onicofagia serán los más frecuentes en esta población? y por último, ¿existirá alguna asociación entre la frecuencia de hábitos bucales parafuncionales con el sexo y la edad?

IV. MARCO TEÓRICO

Un hábito es un acto adquirido por la experiencia y de repetición frecuente que en un principio es voluntario para después ser involuntario o inconsciente y sirve para calmar una necesidad emocional.¹⁻⁵

Además son patrones reflejos de una contracción muscular⁶, que gracias al proceso de aprendizaje se van fijando en el individuo⁷ y actúa de manera sistemática.⁸

Los hábitos bucales se clasifican como fisiológicos cuya práctica, de una función normal realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal favoreciendo el crecimiento facial en toda su plenitud y sin desviaciones, tales como la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y la deglución, o bien, no fisiológicos o nocivos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, tales como la succión digital y labial, respiración bucal, protracción lingual; este último y la queilofagia, la mordedura de objetos, y la onicofagia no son tan habituales.^{1,7,9-11}

El resultante de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario se le conoce como hábito perjudicial o deletéreo, éstos son de origen neuromuscular.^{9,12-13}

Los malos hábitos pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático, ya que pueden producir un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas, las cuales pueden provocar deformaciones óseas y en la postura de los órganos dentarios, dependiendo de la intensidad, duración y frecuencia del hábito en cuestión.^{2,4,11,14}

Los hábitos bucales deformantes son considerados como un problema de salud frecuente en la población escolar¹⁵ los cuales se limitan fundamentalmente a la región dentoalveolar. Se ha determinado que en la etiología de los hábitos bucales pueden intervenir, además de factores epidemiológicos y factores biopsicosociales.⁷

Los hábitos son muy comunes en los niños y pueden considerarse normales hasta los dos años², después de esta edad deben eliminarse, debido a su repercusión en el desarrollo de maloclusiones que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social y económico, este último por lo costoso de los

tratamientos y por la poca capacidad de comprensión del niño.⁹Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.¹²

Estos hábitos pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, trastornos psicológicos⁴, cansancio o aburrimiento, así como por falta de atención de los padres al niño, tensiones y constantes cambios en el entorno familiar e inmadurez emocional.^{1,9,16}

Existen otros factores que inducen la aparición de malos hábitos son la obstrucción de vías aéreas altas, la alimentación de tipo puré o muy blanda, el uso prolongado del chupete o biberón, la succión digital y la interposición labial.⁸

Además los hábitos bucales son de indudable causa secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales si se mantienen por largos periodos de tiempo^{7,9,12,13} y se puede observar paladar ojival, prognatismo maxilar, retrognatismo mandibular, incisivos superiores vestibularizados e inferiores lingualizados, resalte aumentado, mordida abierta anterior o lateral, mordida cruzada posterior, tendencia a clase 2 división 1, hipotonía labial, labio inferior hiperactivo con contracción anormal en la succión y deglución.

También se puede observar boca abierta, facilitando la respiración bucal, persistencia de deglución infantil, problemas fonéticos, interposición lingual en reposo, alteraciones en el dedo, labio inferior colocado por detrás de los incisivos superiores, interferencia de la secuencia normal de la erupción, etc.¹³

Es necesario un trabajo en equipo que incluya a profesionales (dentista, pediatra, otorrinolaringólogo, psicólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, enfermera, profesor) y padres², ya que la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo.⁹

Además es imprescindible contar con la participación activa del niño. Mientras más precoz se elimina el mal hábito, menores serán los daños que este cause. Es precisamente en esta etapa que es de vital importancia la colaboración de los pediatras, quienes controlan a los niños en sus primeros años, para que detecten estos malos hábitos en sus inicios así como también expliquen y eduquen a los padres sobre la importancia de eliminarlos en forma temprana. Si ya existen alteraciones en la oclusión y el desarrollo dentofacial, los pediatras pueden observar algunos signos de estas maloclusiones y ayudar al odontólogo a interceptarlas.²

Tabla 1

Perfil epidemiológico de la frecuencia de hábitos parafuncionales en población infantil (Orden conforme a su recopilación).

AUTOR	PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	OBSERVACIONES RELEVANTES
Murrieta ¹	Estado de México	68%	Relación entre edad y frecuencia resultó ser significativa.
Podadera ¹⁷	Cuba	64.40%	Diferencia de edad presentes más en los 4 años.
Cepero ⁹	Matanzas, Cuba	72.50%	No existieron diferencias entre edad.
Urrieta ¹⁸	Venezuela	64.70%	Diferencias entre sexo y edad.
Cortesea ¹⁹	Argentina	96%	No existieron diferencias entre edad.
Reyes ¹²	Caracas, Venezuela	68%	Diferencias entre edad y sexo.
Agurto ²	Oriente de Santiago, Chile	66%	No hay diferencia entre edad y sexo.
Franco ²⁰	País Vasco, España	90.70%	Diferencia entre edad y sexo.
Paredes ⁵	Valencia, España	53%	No hay diferencia de edad y sexo.
Fuizy ⁶	Sao Paulo, Brasil	37.40%	Diferencia de sexo y edad.
León ¹⁴	La Habana, Cuba	76.10%	No hay diferencia de edad y sexo.
Duque ²¹	La Habana, Cuba	63.30%	No hay diferencia de edad y sexo
Nápoles ¹⁵	Cuba	23%	Diferencia de edad y sexo.
Fernández ²²	Cuba	68.15%	Diferencia entre edad.

HÁBITO DE SUCCIÓN

La succión es una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido¹⁸, pues ayuda a satisfacer las necesidades nutricionales y psicológicas²⁰ en donde los labios, la lengua y mucosa bucal experimentan la sensación de placer y construye las relaciones interpersonales entre padres e hijos lo que le permite explorar el entorno ambiental⁴; además es estimulada por olores, sabores y cambios de temperatura.¹⁸

La presencia de este reflejo en el neonato es un signo de normalidad y su progresiva desaparición posterior hacia los cuatro meses también es un signo de normalidad evolutiva; de manera que la succión pasará de reflejo innato a reflejo adquirido o voluntario hacia el cuarto mes después del nacimiento.²

La succión puede extenderse en el tiempo, a consecuencia de cansancio, aburrimiento escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares.¹⁸

Existen dos tipos de succión:

- Nutritiva (amamantamiento): Brinda nutrientes esenciales.
- No nutritiva: Asegura una sensación de sentirse bien, con sentido de seguridad. Es adquirido por el niño en respuesta a una frustración y lo realiza para satisfacer la urgencia y la necesidad de contacto tales como succión digital u otros objetos, succión labial y chupón.^{18,23,24}

La falta de amamantamiento conlleva al uso del biberón, donde el lactante no cierra los labios con tanta precisión y la acción de la lengua se ve afectada por regular el flujo excesivo de la leche, esto trae como consecuencia una menor excitación a nivel de la musculatura y no favorecerá el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático.¹⁸

HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL

Comienza en la vida fetal (29^a semana de la gestación), es normal al principio de la vida y en recién nacidos. Es un comportamiento innato que se transforma en un hábito.¹⁰ Consiste en la introducción de uno o más dedos de una de las manos del niño dentro de la boca (generalmente el pulgar), y se realiza usualmente con la yema del dedo apoyado sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual o palatina de los incisivos superiores. La colocación del dedo entre las

arcadas las mantiene separadas y la lengua se mantiene en contacto presionando durante el acto de succión, reforzando la acción de este.⁹

Cuando es muy acentuada se producen alteraciones en la piel del dedo succionado fácilmente visible y detectable.^{5,25}

La succión digital es un hábito pernicioso que puede producir no sólo alteraciones de las estructuras dentofaciales, sino también de las relaciones sociales del niño y su autoestima²⁵, por lo que no solo es la satisfacción de necesidades alimentarias sino más bien, tiene un profundo significado emocional que no debe ser omitido.⁹

Este hábito ha sido considerado normal hasta los dos años y medio de edad¹⁶.

Existen dos tipos de succionadores:

- Succionador pasivo: Tiende a llevarse el dedo a la boca y sólo tenerlo allí.
- Succionador activo: Se ejerce una presión vigorosa contra la dentición y como consecuencia se tienen las alteraciones dentales y de la mandíbula^{9, 16}.

Esto se debe a la falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional del niño, cambios en el ambiente familiar, nacimiento de un hermano, ingreso del niño a la escuela, entre otros.

Desde el punto de vista bucal el daño provocado por la persistencia de esta conducta depende de tres factores principales:

- a) Duración: Cantidad de tiempo que se dedica a succionar.¹⁶
 - Infantil (hasta los 2 años): Forma parte del comportamiento del infante, no se observan efectos dañinos.
 - Pre-escolar (2 a 5 años): Ocasional no se manifiestan efectos nocivos en la dentición pero si es continua e intensa puede producir mal posiciones en la dentición primaria y si cesa antes de los seis años de edad la deformidad es reversible.
 - Escolar (6 a 12 años): Puede producir mal posiciones dentarias y malformaciones dento- esqueléticas, y se requiere de un análisis más profundo de la etiología del hábito.¹⁸

b) Frecuencia: Número de veces que se realiza el hábito durante el día.¹⁶

- Intermitentes (diurnos)
- Continuos (nocturnos)¹⁸

c) Intensidad: La fuerza que aplica a los dientes durante la succión.¹⁶

- Poco intensas: Cuando la succión del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los músculos buccinadores. No se introduce el dedo completo, solo la punta del dedo de una forma distraída.
- Intensa: Cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.¹⁶

De estos tres factores la duración presenta la función más crítica en los movimientos dentales, una duración de 4 a 6 horas al día origina movimientos dentales importantes.^{16,24}

La succión podría explicarse en 3 etapas:

- ✓ ETAPA I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico):
 - Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.
 - Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.
 - Esta succión no se resuelve de manera natural.
- ✓ ETAPA II (Succión del pulgar clínicamente significativa):
 - De los 3 años a los 6 ó 7 años de edad.
 - Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
 - Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.
 - Definir programas de corrección.

✓ ETAPA III (Succión del pulgar no tratada):

- Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión.
- Requiere tratamientos ortodónticos y psicológicos¹⁸.

Además se caracteriza por tener una actividad aumentada en los músculos orbicular de los labios y mentoniano²⁵, incisivos superiores abiertos y espaciados con presencia de diastemas, protrusión de incisivos superiores, incisivos inferiores desviados lingualmente, mordida abierta anterior debido a la inhibición del crecimiento vertical de la región anterior del proceso alveolar, y no a la falta de erupción de los incisivos, aumento de sobremordida horizontal (overjet aumentado) y un arco superior estrecho generando mordidas cruzadas posteriores unilateral o bilateral⁶ debido a la reducción del ancho transversal, aumento de la longitud anteroposterior del maxilar, maloclusión Clase II, paladar ojival profundo, traumatismo en las mucosas, reabsorción radicular atípica, trastornos temporomandibulares, problemas esqueléticos y de lenguaje; todo esto puede ser revertido si el mal hábito es eliminado entre los 4 y 6 años de edad.^{2,6,24,26,27}

Es importante mencionar que la mayoría de los intentos por erradicar esta conducta mediante regaños, palabras fuertes, castigos y cualquier otra conducta agresiva sobre el niño que presenta este hábito, han sido contraproducentes porque lejos de eliminarlo, se ha reforzado esta conducta haciéndola más marcada y frecuente.¹⁶

La corrección es posible cuando el lactante pasa de la fase de succión a la de masticación, ya que es el momento entre el cambio de dirección de la actividad de la lengua y suele ser útil apartar el pulgar de la boca y sustituirlo por algo que sea masticable⁸, pero el factor más importante es que el niño y los padres estén de acuerdo con el inicio del tratamiento y tener la voluntad de eliminar el hábito.^{16, 27}

Se han utilizado diferentes procedimientos para eliminar este hábito, como son los recordatorios que son la utilización de vendajes adhesivos, refuerzo positivo²⁸, o soluciones de mal sabor colocados alrededor del dedo que se chupa o en su defecto si no se erradica se hace necesaria la utilización de una trampa palatina o trampa para dedo, cuyo diseño interrumpe el hábito digital al impedir la colocación del dedo o dedos, haciendo que el niño ya no experimente la satisfacción derivada de la succión, logrando así la eliminación de esta conducta.¹⁶

Es importante mencionar que la utilización de estos aparatos puede ocasionar ciertos efectos secundarios pasajeros después de su colocación, como serían alteraciones en los patrones de alimentación, fonación y sueño, que desaparecerán en tres o siete días aproximadamente¹⁶.

Tabla 2

Perfil epidemiológico de la frecuencia de succión digital en población infantil (Orden conforme a su recopilación).

AUTOR	PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	OBSERVACIONES RELEVANTES
Murrieta ¹	Estado de México	8.50%	Diferencia entre sexo siendo más frecuente los hombres y en edad los de 5 años.
Podadera ¹⁷	La Habana, Cuba	28.9%	Diferencia de edad presentes más en los 3 años.
Urrieta ¹⁸	Venezuela	14.28%	Diferencias entre sexo y edad.
Cortesea ¹⁹	Argentina	81%	No existieron diferencias entre edad.
Miranda ¹⁶	Estado de México.	10%	Diferencia de edad.
Reyes ¹²	Caracas, Venezuela	28.3%	Diferencia de sexo y edad.
Agurto ²	Oriente de Santiago, Chile	23%	No hay diferencia entre edad y sexo.
Franco ²⁰	País Vasco, España	85.30%	Diferencia entre edad y sexo.
Dos Santos ⁴	Brasil.	12.50%	Diferencia de sexo.
Pipa ¹⁰	Madrid, España.	9%	Diferencia entre sexo.
Marcantonio ¹¹	Sao Paulo, Brasil.	3%	No hay diferencia entre edad y sexo.
Fuizy ⁶	Sao Paulo, Brasil	10%	Diferencia de sexo y edad.
Bardolet ²⁹	Barcelona, España.	5%	Diferencia entre sexo.

Sobral ²⁵	Cuba	12.10%	Diferencia entre sexo y edad.
Fernández ²²	Cuba	15.26%	Diferencia entre edad.

HÁBITO DE SUCCIÓN LABIAL

Los hábitos labiales inadecuados abarcan una utilización errónea de los labios y de las estructuras peribucales, los más frecuentes son la incompetencia labial, la interposición labial y la succión labial.

La actividad del labio inferior tiene un papel significativo en el desarrollo de maloclusiones, en la planificación del tratamiento y en la estabilidad recidiva del mismo, al servir de guía en la erupción de los incisivos permanentes tanto superiores como inferiores.

El grado de incompetencia labial es variable. En casos moderados los labios pueden aproximarse con un esfuerzo muscular voluntario de la musculatura del mentón, en casos graves no es posible el contacto labial.

Aproximadamente la mitad de los niños presentan incompetencia labial a los 11 años, posiblemente debida al menor desarrollo del tercio inferior de la cara, esta incidencia se reduce al llegar a la edad adulta, posiblemente por un esfuerzo consciente por condicionantes sociales.

En la interposición labial inferior, el niño se chupa el labio inferior y lo introduce por detrás de los incisivos superiores, lo que provoca una presión hacia lingual de los incisivos inferiores y otra hacia vestibular sobre los superiores, que da lugar a un excesivo resalte.^{8,18}

La base fisiopatológica de este hábito es el exceso de tensión a nivel del orbicular inferior y del músculo del mentón.

Su etiología puede ser primaria y en gran medida es el causante del excesivo resalte incisal superior. En otras es secundaria a un verdadero hipodesarrollo mandibular, en estos casos la hipertonia labial inferior no es intensa sino adaptativa.

La succión labial suele estar relacionada con problemas neurológicos en este caso, se da más frecuentemente con el labio inferior y provoca las mismas alteraciones oclusales que la interposición labial inferior⁸, además suele aparecer tras el hábito de succión digital.²⁸

La terapia miofuncional en casos de incompetencia labial no provoca un significativo aumento de la longitud labial, pero parece que promueve el desarrollo neuromuscular, siendo difícil de distinguirla de la maduración normal.⁸

Generalmente los niños que presentan succión de labio tienen un exceso de overjet y una vez que se corrige éste recupera su posición original.²⁴

Tabla 3

Perfil epidemiológico de la frecuencia de succión labial en población infantil (Orden conforme a su recopilación).

AUTOR	PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	OBSERVACIONES RELEVANTES
Murrieta ¹	Estado de México	8%	Diferencia entre sexo siendo más frecuente los hombres y en edad los de 4 años.
Cortesea ¹⁹	Argentina, Buenos Aires.	28%	No existieron diferencias entre edad.
Miranda ¹⁶	Estado de México	33%	Diferencia de edad.
Agurto ²	Oriente de Santiago, Chile	2%	No hay diferencia entre edad y sexo.
Fuizy ⁶	Sao Paulo, Brasil	1.53%	Diferencia de sexo y edad.

USO DE MAMILAS Y CHUPONES

Empieza sobre los primeros 6 meses de vida. Es el hábito de succión no nutritiva más frecuente.¹⁰ El destete constituye el primer trauma psíquico del niño.¹⁸ Con el uso del chupón o del tetero la mandíbula se queda atrás y no se presenta el primer avance fisiológico en donde existe un cierre hermético de los labios del bebé con la areola y el pezón. La mandíbula desciende y se crea el vacío entre el paladar blando y la parte posterior de la lengua; lo que ocasiona la presencia de Clase II (distoclusión), mayor overjet, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta^{16,25}, estrechamiento del maxilar (micrognatismo) y prognatismo alveolar superior²⁶, además existe mayor actividad en la zona de los caninos.²⁸

Además no genera estímulos neuromusculares adecuados de la matriz funcional del sistema gnático y predispone a hábitos de fijación bucal porque no hay satisfacción de esta etapa correctamente.¹⁶ Se ha demostrado que el uso de chupetes aumenta dos a tres veces el riesgo de otitis media y hasta cinco veces, si va acompañado de alimentación con biberón y asistencia a guarderías infantiles.²⁴

Debe prohibirse el uso de éstos, que son además muy antihigiénicos en cuanto a la salud general, y no prolongarlo más de un año en la lactancia artificial.¹⁵

Con la succión no nutritiva del chupete o chupones las alteraciones de maloclusión son menos graves en comparación con la digital.

Estos efectos dependen de una serie de factores como son:

- Tipo característico de succión (frecuencia, intensidad y duración).
- Patrón dento-facial y oclusión inicial.
- Edad de interrupción del hábito.
- Forma y tamaño del chupete.

Todo esto conlleva a mordidas abiertas anteriores, ya que se inhibe la erupción de los incisivos en ambas arcadas, mordidas cruzadas laterales, con falta de soporte a nivel paladar y posición baja de la lengua que aumenta el diámetro transversal de la mandíbula, resalte, clase II división 1 por una actividad prolongada del labio y de la lengua, diastema inter incisal, retracción mandibular y paladar ojival.²⁹ De igual forma este hábito puede ser eliminado entre los 4 y 6 años.²

Tabla 4

Perfil epidemiológico de la frecuencia de uso de mamilas y chupones en población infantil (Orden conforme a su recopilación).

AUTOR	PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	OBSERVACIONES RELEVANTES
Murrieta ¹	Estado de México	7.60%	No hay diferencia entre sexo y en edad los de 3 años fueron más frecuentes.
Cepero ⁹	Matanzas, Cuba	65.60%	No existieron diferencias entre edad.
Miranda ¹⁶	Estado de México	15%	Diferencias entre hombres y mujeres.
Reyes ¹²	Caracas, Venezuela	15%	Diferencia de sexo y edad.
Agurto ²	Oriente de Santiago, Chile	60%	No hay diferencia entre edad y sexo.
Franco ²⁰	País Vasco, España	85.30%	Diferencia entre edad y sexo.
Dos Santos ⁴	Brasil.	27.70%	Diferencia de sexo.
Pipa ¹⁰	Madrid, España.	83.70%	Diferencia entre sexo.
Marcantonio ¹¹	Sao Paulo, Brasil.	76.30%	No hay diferencia entre edad y sexo.
Fuizy ⁶	Sao Paulo, Brasil.	0.97%	Diferencia de sexo y edad.
Bardolet ²⁹	Barcelona, España.	68.0%	Diferencia entre sexo.
Sobral ²⁵	Cuba	75%	Diferencia entre sexo y edad.
Fernández ²²	Cuba	5.19%	Diferencia entre edad.

ONICOFAGIA

Se define como una costumbre de «comerse o roerse» las uñas con los dientes, que puede provocar heridas en dedos, labios¹⁹, afectación localizada del tejido periodontal⁹, infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa bucal; así como alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión, astillamiento y malposición.¹⁶ Como hábito es muy frecuente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad.⁹

Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática¹⁶, se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora, acompañada con cierto grado de tensión y ansiedad, considerándose a estos niños difíciles o nerviosos.

Las personas que manifiestan el hábito son hiperactivas, autoritarias, que exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante, Casi siempre muerden en el mismo sitio por lo tanto producen maloclusiones localizadas; puede combinarse con otros hábitos en la misma persona.¹⁸

La mordedura de uñas asume que la mayoría de los que la presentan es porque no se eliminó convenientemente en su momento a los dos o tres años, cuando el niño se chupaba el dedo.¹⁹

En cuanto al tratamiento es esencial que el sujeto esté dispuesto a abandonar el mordisqueo. La terapia de modificación de conducta ha sido utilizada ampliamente en el tratamiento de la onicofagia y es considerada la técnica más exitosa hasta el momento. Tratamientos comúnmente conocidos han sido empleados como la impregnación de los dedos con sustancias amargas, capuchones de dedos, entablillamiento del pulgar o del codo.¹⁶

Tabla 5

Perfil epidemiológico de la frecuencia de onicofagia en población infantil (Orden conforme a su recopilación).

AUTOR	PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	OBSERVACIONES RELEVANTES
Murrieta ¹	Estado de México	35%	No existió diferencia entre sexo y en edad los de 4 años fue más relevante.
Cortesea ¹⁹	Argentina, Buenos Aires.	48%	No existieron diferencias entre edad.
Miranda ¹⁶	Estado de México.	28%	Diferencia de edad.
Reyes ¹²	Caracas, Venezuela	43.30%	Diferencia de sexo y edad.
Franco ²⁰	País Vasco, España	33.8%	Diferencia entre edad y sexo.
Fuizy ⁶	Sao Paulo, Brasil.	71.67%	Diferencia de sexo y edad.
Sobral ²⁵	Cuba	10.30%	Diferencia entre sexo y edad.
Fernández ²²	Cuba	28.52%	Diferencia entre edad.

QUEILOFAGIA

Es la costumbre de mordisquear el labio, generalmente el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores.⁹

El tratamiento en este hábito es la terapia de modificación de conducta mismo que es utilizado en el hábito de onicofagia. La comprensión por parte del niño es la tarea más importante, además de la cooperación de los padres.¹³

Tabla 6

Perfil epidemiológico de la frecuencia de queilofagia en población infantil (Orden conforme a su recopilación).

AUTOR	PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	OBSERVACIONES RELEVANTES
Murrieta ¹	Estado de México	5.20%	Diferencia entre sexo siendo más frecuente en las mujeres y en edad los de 4 años fueron más relevantes.
Fernández ²²	Cuba	12.96%	Diferencia entre edad.
Jiménez ³⁰	Venezuela	44%	Relación entre lesiones de cavidad bucal.
Narváez ³²	Colombia	11%	Diferencia entre edad y sexo.

PROTRACCIÓN LINGUAL

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 superiores.²La protracción lingual es la acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante, que se produce en el momento de realizar la deglución⁹, además se ha considerado como una etapa transitoria de cambio funcional entre la deglución infantil y la madura.¹⁸

Se clasifica en simple, compleja y complicada (persistencia del patrón de deglución infantil), de acuerdo con sus características clínicas y etiológicas. En el segundo y tercer caso deberá ser tratada por el ortodoncista.

- Protracción lingual simple: Se caracteriza por presentar una mordida abierta anterior muy bien definida. Hay buena adaptación oclusal de ambas arcadas.

- Protracción lingual compleja: Presenta una mordida abierta anterior amplia y mal delimitada, no hay contacto entre las arcadas dentarias durante la deglución y la

adaptación oclusal de ambas arcadas presenta gran inestabilidad a nivel de incisivo, canino y premolares.

- Protracción lingual complicada: También conocida como deglución infantil conservada o persistencia de la deglución infantil. Solo hay contacto oclusal entre ambas arcadas en el estadio final de la deglución, entre los últimos molares de cada cuadrante.⁹

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de este hábito tales como:

- Succión digital.^{18,31}
- Alimentación artificial (uso de mamilas).
- Problemas respiratorios que impide el sellado labial.
- Existencia de amígdalas inflamadas o hipertróficas.
- Macroglosia.
- Alteraciones cerebrales que dificultan la coordinación motora, necesarias para las funciones que realizan las arcadas y la lengua.
- Problemas psicológicos como la alteración de la deglución que puede expresar una inmadurez afectiva.
- Pérdida prematura de los dientes temporales.
- Tratamiento ortodóntico.³¹

La presencia de este hábito puede ocasionar:

A nivel maxilar:

- Vestibuloversión de los incisivos superiores.
- Prognatismo maxilar.
- Disminución del diámetro transversal del maxilar.
- Formación de un diastema central.
- Reabsorciones radiculares debido a la presión constante de la lengua sobre los incisivos.
- Posicionamiento anterior de la lengua.

A nivel mandibular:

- Lingualización de los incisivos inferiores. Ocurre cuando la lengua se coloca entre las arcadas separadas y entra en contacto con el labio inferior, que es succionado, produciendo así la inclinación de los incisivos.
- Rotación posterior mandibular y aumento del ángulo goniaco que puede incluso sobrepasar los 140 grados.

- Disfunción mandibular.

En la relación entre las arcadas:

- Alteraciones en el plano sagital: Si la lengua se sitúa en posición alta puede causar un prognatismo maxilar y una clase II división 1. Pero si la lengua está en posición baja es capaz de desarrollar un prognatismo mandibular y una maloclusión de clase III.
- En el plano vertical: Puede dar lugar a la aparición de una mordida abierta. Según Moyers, está muy bien circunscrita en la zona anterior cuando se trata de un empuje lingual simple. Por el contrario, la mordida abierta asociada a un empuje lingual complejo suele ser más difusa y difícil de definir, lo mismo ocurre con la mordida abierta de pacientes con un patrón de deglución infantil mantenido o conservado. En estos últimos, a veces la maloclusión es tan severa que sólo ocluyen sobre un molar en cada cuadrante.
- En el plano transversal: Existen dos patrones distintos. En uno la lengua puede estar en posición más alta, favoreciendo la presencia de diastemas en el maxilar superior y de un resalte maxilar²⁶. En el otro tipo, la lengua se sitúa en una posición más baja, lo que permite el espaciamiento de los dientes inferiores y un resalte mandibular, dando lugar a la presencia de una mordida cruzada posterior.
- En el parodonto: La lengua genera fuerzas altamente lesivas o fuerzas perturbantes que se aplican más al eje longitudinal del diente, generalmente muy cerca del borde incisal.³¹
- Otras alteraciones: Puede ocasionar el retardo en la erupción de un diente permanente cuando se ha perdido el temporal precozmente y la lengua se ha interpuesto de forma viciosa y alteraciones fonéticas con las letras M, P, B, F, V, S.

Tabla 7

Perfil epidemiológico de la frecuencia de protracción lingual en población infantil (Orden conforme a su recopilación).

AUTOR	PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	OBSERVACIONES RELEVANTES
Murrieta ¹	Estado de México	6.20%	Diferencia entre sexo siendo más frecuente las mujeres y en edad los de 4 años fue más relevante.
Cepero ⁹	Matanzas, Cuba	60.8%	Existieron diferencias entre edad.
Urrieta ¹⁸	Venezuela	9.52%	Diferencias entre hombres y mujeres.
Miranda ¹⁶	Estado de México.	14%	Diferencia de edad.
Reyes ¹²	Caracas, Venezuela	25%	Diferencia de sexo y edad.
Agurto ²	Oriente de Santiago, Chile.	15%	No hay diferencia entre edad y sexo.
Franco ²⁰	País Vasco, España	12.4%	Diferencia entre edad y sexo.
Martín ³¹	Santa María del Puerto Príncipe, Cuba.	50%	No existe diferencia entre sexo y edad.
Fuizy ⁶	Sao Paulo, Brasil.	6.40%	Diferencia de sexo y edad.
Sobral ²⁵	Cuba	47.10%	Diferencia entre sexo y edad.

HÁBITO DE MORDER OBJETOS

No hay evidencia de que estos hábitos puedan producir algún cambio significativo en las estructuras bucodentales, pero pueden ser nocivos.²²

Tabla 8

Perfil epidemiológico de la frecuencia de morder objetos en población infantil.

AUTOR	PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	OBSERVACIONES RELEVANTES
Murrieta ¹	Estado de México	7.60%	No existió diferencia entre sexo y en edad los de 5 años fueron más relevantes.
Cortesea ¹⁹	Argentina, Buenos Aires.	81%	No existieron diferencias entre edad.
Franco ¹⁶	País Vasco, España	16%	Diferencia entre edad y sexo.

HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL

En la respiración nasal normal no intervienen los músculos faciales ni la lengua, los labios permanecen juntos en reposo y sin una contracción consciente del orbicular, manteniéndose en contacto la lengua contra el paladar.⁸

La respiración bucal es la que efectúan las personas a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz. Es sumamente rara ya que generalmente se utilizan ambas vías, pero nunca se obstruye por completo las fosas nasales, de modo que aunque la boca se encuentre abierta también pasa cierta cantidad de aire por la nariz¹⁴, con lo cual también produce cambios en la postura de lengua, labios y mandíbula.²⁷

Las causas de la respiración bucal son:

- PRIMARIAS

- ✓ Fisiológicas: Ciclo nasal.

- ✓ No fisiológica

- Alérgica: Estacional.

- No alérgica

- Infecciosa: Aguda o crónica, viral, fúngica o parasitaria.

- No infecciosa

- Mecánica: Deformidad o desviación septal^{2,25}, hipertrofia de los cornetes y adenoides^{2,22}, cuerpos extraños, atresia coanal.

- Hiperreactiva (rinitis vasomotora): Desequilibrio autonómico, hormonal, inducida por drogas, irritantes químicos.

- Inflamatoria: Pólipos, sarcoide, granulomatosis de Wegener.

- Tumores^{18,24}

- ❖ Benignos

- ❖ Malignos: Primario y secundario

- ❖ Pólipos¹⁸

- Disturbios del flujo del aire: Sobreexpansión, rinitis atrófica y alérgica^{2,31}, perforación septal.

- SECUNDARIAS

- ✓ Espacio posnasal- adenoides

- ✓ Orofaringe:

- Amígdalas

- Paladar blando

- Base de la lengua

- ✓ Tracto respiratorio bajo

- Asma¹⁸

- Enfermedad obstructiva crónica de la vía aérea, proceso inflamatorio crónico debido a gripes frecuentes y prolongadas^{2,24}.

Pueden ser de tres tipos: *Temporaria*, en el caso de un resfriado o catarro normal; *estacional*, asociado con alergias nasorespiratorias y *crónicas*, en pacientes con obstrucciones adenoideas, dando origen a un labio superior corto, con inadecuado cierre bilabial y además también por falta de aseo nasal.^{2,9}

Estas personas mantienen la lengua en una posición más inferior y anterior relacionada con el crecimiento de rotación posterior de la mandíbula, con la apertura y aumento de la altura facial inferior para permitir el paso del aire.^{18, 19, 28}

Presentan falta de crecimiento maxilar transversal debido a cambios en el equilibrio que controla el ancho del arco ya que la presión de las mejillas aumenta, paladar profundo, mordida abierta anterior, mordidas cruzadas posteriores uni o bilaterales, incisivos, deglución atípica y encías hipertróficas con sangramiento por la falta de hidratación de la saliva.^{18, 25, 26}

Facialmente se observa hipotonicidad del labio superior, labio superior corto e incompetente, labio inferior grueso e invertido, debilidad de la musculatura facial, aumento del tercio inferior de la cara, aumento de la altura facial, sobreerupción de dientes posteriores, mentón retraído, hiperactividad de la musculatura del labio inferior y del mentón, rostro alargado y estrecho, ojos caídos, ojeras, labios entre abiertos y reseca, nariz pequeña, narinas pequeñas orientadas al frente conocida como facies adenoidea, mordida abierta, aumento de overjet^{5,18,24,31}. La respiración bucal es responsable de alteraciones deglutorias, posturales¹⁹ y predisposición a enfermedades respiratorias², es por eso que los pacientes mantienen una posición encorvada al pararse, con los hombros hacia delante.

La respiración bucal constituye un síndrome, cuyo diagnóstico definitivo deberá ser realizado por el otorrinolaringólogo, el estomatólogo solo puede hacer un diagnóstico presuntivo. Deberá ser tratada por el médico en primera instancia, que solucionará el problema nasorespiratorio, y una vez suprimidas las causas de la etiología del mismo, podrá el estomatólogo general tratar la corrección de las anomalías producidas, si corresponde a la clase I con vestibuloversión de incisivos superiores. Si se tratara de una clase II división I de Angle, deberá remitirse al ortodontista.⁹

La terapia miofuncional a través de los ejercicios de reeducación estará indicada antes y durante el tratamiento de maloclusión, con la finalidad de restablecer un equilibrio muscular, después de haber suprimido el obstáculo rinofaríngeo, ya que este continúa a pesar de haber eliminado el motivo que lo ocasionó.²⁷

Tabla 9

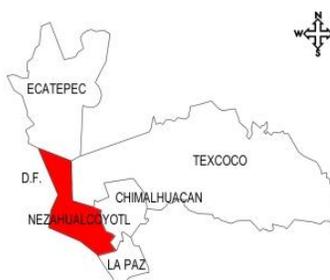
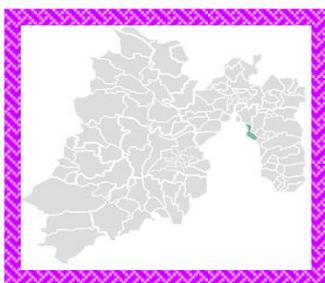
Perfil epidemiológico de la frecuencia de respiración bucal en población infantil (Orden conforme a su recopilación).

AUTOR	PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	OBSERVACIONES RELEVANTES
Murrieta ¹	Estado de México	10%	Diferencia entre sexo siendo más frecuente los hombres y en edad los de 5 años.
Podadera ¹⁷	La Habana, Cuba.	8.30%	Diferencia de edad presentes más en los 3 años.
Urrieta ¹⁸	Venezuela	30.95%	Diferencias entre hombres y mujeres.
Cortesea ¹⁹	Argentina, Buenos Aires.	45%	No existieron diferencias entre edad.
Agurto ²	Oriente de Santiago, Chile.	23%	No hay diferencia entre edad y sexo.
Pipa ¹⁰		42.9%	Diferencia entre sexo.
Sobral ²⁵	Cuba	41.40%	Diferencia entre sexo y edad.
Fernández ²²	Cuba	15.93%	Diferencia entre edad.

V. ANTECEDENTES DEL ÁREA DE INFLUENCIA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

El estudio se llevó a cabo en los escolares inscritos en la escuela “José Urquiza Gómez”, ubicada en la Colonia Gustavo Baz Prada, en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, por lo que a continuación se hace una breve descripción de la zona de ubicación.

MUNICIPIO DE NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO



Escudo

Cabecera Municipal	Nezahualcóyotl
Entidad	Municipio
<ul style="list-style-type: none"> País Estado 	 México  México
Presidente Municipal	Juan Zepeda Hernández (2013- actual)
Fundación	3 de Abril de 1963
Superficie	
<ul style="list-style-type: none"> Total 	63.74 km
Altitud	
<ul style="list-style-type: none"> Media 	2.220 msnm
Población 2010	
<ul style="list-style-type: none"> Total Densidad 	1 109 363 hab. 17,536.9 hab/km

MEDIO FÍSICO

Localización

El municipio de Nezahualcóyotl se asienta en la porción oriental del Valle de México, en lo que fuera el lago de Texcoco. Posee una superficie de 63.74 km; la ubicación geográfica del territorio municipal tiene las siguientes coordenadas extremas: Latitud norte del paralelo 19° 21' 36" y 19° 30' 04" al paralelo; Longitud oeste del meridiano 98° 57' 57" y 99° 04' 17" al meridiano.

Nezahualcóyotl está situada a una altura de 2,220 msnm y pertenece a la región III Texcoco, subregión II y forma parte de la zona conurbada de la ciudad de México.

Limita al noroeste con el municipio de Ecatepec de Morelos y la zona federal del lago de Texcoco; al oeste con las delegaciones Gustavo A. Madero y Venustiano Carranza del Distrito Federal. Al este con los municipios de La Paz, Chimalhuacán y Atenco; al sur con las delegaciones Iztapalapa e Iztacalco del Distrito Federal.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

En lo relativo al índice de defunciones se ubicó en 0.43% al registrarse 5,358 defunciones.

Es importante señalar que para el año 2010, de acuerdo con los resultados preliminares del Censo General de Población y Vivienda efectuado por el INEGI, existían en el municipio un total de 1 109 363 habitantes, de los cuales el 48% son hombres y 52% son mujeres.

Religión

La población total del municipio según el tipo de práctica religiosa registrada en 2010 fue la siguiente: de 1,110.565 habitantes mayores de 5 años, 1,018.933 profesaban la religión católica; 43,370 la evangélica; 539 la judaica; 18,498 ninguna y 3,992 no especificada.

INFRAESTRUCTURA SOCIAL Y DE COMUNICACIONES

Educación. El total de alumnos inscritos en el ciclo escolar 2012-2013 fue de 256 mil 120 alumnos: 14,694 de preescolar; 163,577 de primaria; 2,917 capacitaciones para el trabajo; 55,810 de secundaria; 3,439 de profesional medio y 15,683 de

bachillerato. De las 728 escuelas: 132 son de preescolar; 406 de primaria; 136 de secundaria; 9 de profesional medio y 45 de bachillerato.

El analfabetismo en el municipio es de 4% al contar con 34,057 analfabetas de una población de 851,954 habitantes mayores de 15 años.

Salud. En 2005 había 36 unidades del sector salud: 33 de consulta externa y 3 de hospitalización general. De los 237 mil 597 derechohabientes: 122 mil 695 eran del IMSS; 86 mil 435 del ISSSTE y 28 mil 467 del ISSEMYM.

Deporte. Actividades deportivas, se practican ampliamente el fútbol, basquetbol; en menor escala box, lucha libre, ciclismo y atletismo. Nezahualcóyotl cuenta con excelentes y modernas instalaciones en la ciudad deportiva y el estadio Neza de fútbol.

Vivienda. En 2010, las viviendas se distribuían de la siguiente manera: 271,788 particulares; 271,278 propias; 270,073 con agua entubada; 269,755 con drenaje y 270,945 con energía eléctrica. En el municipio habitan en promedio 4.5 personas por vivienda.

Cabe señalar, que en el año 2010, de acuerdo a los datos preliminares del Censo General de Población y Vivienda, efectuado por el INEGI, hasta entonces, existían en el municipio 282,206 viviendas en las cuales en promedio habitan 4.34 personas en cada una.

Servicios Públicos

En el municipio la cobertura de los principales servicios públicos es la siguiente:

Agua potable	99.56%
Drenaje	99.43%
Energía eléctrica	99.88%

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Comercio. Los establecimientos económicos registrados en el municipio en 2008 ascienden a 36,033, de los cuales el 9% con industriales, el 57% comerciales y el 33% de servicios, por lo que en el municipio se encuentran todo tipo de comercios.

Población Económicamente Activa por Sector

En 2010, la Población Económicamente Activa era de 615,703 personas de las cuales 603,797 estaban ocupadas y 12,510 desocupados, ubicándose el desempleo en 3%.

Sector primario	5,046
Sector secundario	200,285
Sector terciario	2,964.487
No especificados	21,979

VI. HIPÓTESIS

1. Más del 30% de la población de estudio presenta al menos un hábito bucal parafuncional.
2. Los hábitos de succión digital y onicofagia son los de mayor frecuencia en la población de estudio.
3. La frecuencia de hábitos bucales parafuncionales se encuentra asociada con el sexo y edad.

VII. OBJETIVOS

➤ General

- Evaluar la frecuencia de hábitos bucales parafuncionales en la población escolar inscrita en la escuela primaria “José Urquiza Gómez”, ubicada en la Colonia Gustavo Baz Prada de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.

➤ Específicos

- Conocer la frecuencia de hábitos bucales parafuncionales por edad y sexo.
- Identificar cuáles son los hábitos bucales parafuncionales de mayor frecuencia en la población de estudio.
- Como objetivo complementario: Evaluar si existe alguna asociación entre la frecuencia de hábitos parafuncionales con la edad y el sexo.

VIII. UNIVERSO DE ESTUDIO

Estuvo conformado por una población de 300 niños entre 6 y 11 años de edad, de ambos sexos, inscritos en la escuela primaria “José Urquiza Gómez” ubicada en la Colonia Gustavo Baz Prada del Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.

➤ Criterios de Inclusión:

- Niños de 6 a 11 años de edad, ambos sexos, que se encuentren inscritos en la escuela primaria, ubicada en el Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.
- Niños que tengan el consentimiento bajo información de sus padres para ser incluidos en el estudio.

➤ Criterios de Exclusión:

- Niños menores de 6 y mayores de 11 años de edad.
- Niños que no se encuentren inscritos en la institución y que pertenezcan a otro municipio.
- Niños que sus padres no hayan otorgado el consentimiento bajo información para ser examinados.

➤ Criterios de Eliminación:

- Niños que no se encuentren presentes en el día del examen bucal.
- Niños que no brinden su colaboración durante la valoración clínica.
- Niños cuyos padres no contesten los cuestionarios a pesar de que sus niños ya hayan sido valorados.

IX. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de carácter epidemiológico, descriptivo, observacional, prolectivo y transversal; por medio del cual se llevó a cabo la valoración clínica bucal de los niños, de la población de interés para el estudio.

X. VARIABLES DE ESTUDIO

INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN	CATEGORÍAS	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta su muerte de un ser vivo.	Cuantitativa	6 años 7 años 8 años 9 años 10 años 11 años	Discontinuo
Sexo	Condición fenotípica del sujeto.	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal

DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN	CATERGORÍAS	NIVEL DE MEDICIÓN
Hábito parafuncional	Es la perversión de una función normal en forma repetida de un acto no necesario.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Succión digital	Es la introducción de uno o más dedos de una de las manos del niño dentro de la boca, ejerciendo presión contra los dientes y el paladar.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Succión labial	Hábito de chuparse el labio.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Uso de mamilas	Hábito de	Cualitativa	Presente	Nominal

y chupones	succionar mamilas y chupones.		Ausente	
Onicofagia	Hábito de morderse las uñas.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Queilofagia	Hábito de morderse el labio.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Protracción lingual	Acción de proyectar o empujar la lengua hacia adelante.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Morder objetos	Hábito de mordisquear cualquier objeto.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Respiración bucal	Es la que efectúan las personas a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal

XI. METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en una población escolar de 300 alumnos inscritos en la escuela primaria “José Urquiza Gómez” ubicada en la Colonia Gustavo Baz Prada del Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.

Para esto se entregó a las autoridades del plantel un resumen sobre las características del estudio a ejecutar solicitando su apoyo. (Figura 1 y 2).



Figura 1. Escuela primaria “José Urquiza Gómez”



Figura 2. Director de Escuela Primaria “José Urquiza Gómez” de conformidad con la participación de los escolares en el estudio.

Una vez obtenido el permiso, se solicitó las listas oficiales de los escolares inscritos; así como el consentimiento bajo información de cada padre de familia (anexo 1), para que así quedara garantizada su autorización para incluirlos a él y a su hijo en el estudio, cubriendo de esta manera los aspectos ético/legales del estudio a realizar (Figura 3).



Figura 3. Escolares de la Escuela primaria “José Urquiza Gómez” que participaron en el estudio conformando parte del grupo testigo.

Se llevó a cabo la intracalibración de una pasante de la carrera de Cirujano Dentista para realizar la encuesta epidemiológica, a través del método directo, la cual fue cuantificada por medio del cálculo de concordancias absolutas y relativas, así como del estadístico de kappa de Cohen, con el propósito de verificar que esas concordancias obtenidas no se deban al azar. Para la exploración bucal se utilizó un espejo dental plano #5, sin aumento y guantes desechables.

El registro de los datos se realizó en dos formatos de ficha epidemiológica previamente validados a través de una prueba piloto (anexo 2 y 3).

Para obtener el diagnóstico de la presencia de los diferentes hábitos parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas:

1. Se observó clínicamente a cada niño para valorar la presencia de algún hábito bucal y se registró en la ficha epidemiológica correspondiente de cada infante (anexo 2).
2. Se aplicó un cuestionario al padre de familia sobre las condiciones de su hijo relacionadas con la presencia de algún hábito bucal (anexo 3), (Figura 4).



Figura 4. Examen bucal realizado para la intracalibración.

VALORACIÓN CLÍNICA

La valoración clínica la realizó la pasante examinando la boca de los niños bajo la luz del día, con espejos dentales #5, sin aumento y guantes desechables. Todos los procedimientos que se realizaron en los niños para detectar los hábitos bucales parafuncionales fueron dentro de la escuela y horarios proporcionados por las autoridades del plantel. Una vez que se realizó la exploración clínica de los niños y registro de los datos en los formatos de ficha epidemiológica, se les preguntó a los padres de cada infante correspondiente una serie de datos que confirmaron la presencia o ausencia del hábito bucal, información que fue registrada en el formato.

Los hábitos bucales parafuncionales que fueron estudiados son:

- Succión digital (interposición de uno o más dedos dentro de la boca, ejerciendo presión entre dientes y el paladar)
- Succión labial (hábito de chuparse el labio)
- Uso de mamilas y chupones
- Onicofagia (hábito de morderse las uñas)
- Queilofagia (hábito de morderse el labio)
- Protracción lingual (acción de empujar o proyectar la lengua hacia adelante)
- Morder objetos
- Respiración bucal (acción de respirar por la boca en lugar de hacerlo por la nariz)

Todos los hábitos bucales parafuncionales fueron detectados clínicamente y posteriormente fueron confirmados por los padres mediante el cuestionario que se les aplicó (Figura 5).



Figura 5. Examen bucal realizado para la ficha epidemiológica.

EXAMEN EXTRABUCAL

Comprendió lo siguiente:

1. Se examinó los dedos para comprobar su limpieza o presencia de callosidades.
2. Se observaron los labios:
 - Superior: Si cubrió los dos tercios de los dientes incisivos sin forzar el inferior.
 - Inferior: Si existió ausencia de irritación de la piel cercana al mismo y si no hay alteración en relación al labio superior.
3. Se observó la nariz:
 - Forma de las aletas nasales ya sea redondeadas o aplanadas.
 - Si al sellado de los labios manualmente, la respiración se mantuvo normal.
4. En uñas y cutículas se verificó si existe desgaste o mordedura, así como posible inflamación o infección.
5. En músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón se registró su tamaño y tonicidad.

EXAMEN INTRABUCAL

Comprendió lo siguiente:

1. La lengua en reposo:
 - Interpuesta central o lateralmente entre las arcadas.
 - Con presencia de marcas o cicatrices.
2. En paladar se examinó su forma.
3. En dientes se observó:
 - Superiores: Desgaste o fracturas, protrusión o presencia de diastemas.
 - Inferiores: Si se encontraron lingualizados con desgaste o fracturas.

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

SUCCIÓN DIGITAL

Se consideró a un niño con este hábito si sus padres contestaron que se chupan el dedo y además si presentaron clínicamente alguna de las siguientes características:

- Dedo de la mano con callosidades y limpio.
- En arcadas:
 - o Constricción del maxilar e incisivos inclinados hacia adelante (protruidos) o con presencia de diastemas.
 - o En mandíbula los dientes incisivos se encontraron inclinados hacia atrás (lingualizados).
 - o Los músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón se presentaron hipertónicos.

SUCCIÓN LABIAL

Se consideró al niño con este hábito si al ser examinado presentó las siguientes características:

- Presencia de resequedad en alguno de los labios.
- Posición de dientes anteriores.
- Hipertonicidad del labio afectado.
- Asimetría de los músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón.
- Cuando el padre o tutor contestó afirmativamente en el cuestionario que el niño se chupa el labio inferior.

USO DE MAMILAS Y CHUPONES

Fue considerado presente este hábito cuando:

- Dientes anteriores superiores e inferiores del infante presentaron caries aguda con falta de oclusión.
- Cuando el padre o tutor contestó afirmativamente en el cuestionario que el niño usa chupón o mamila tres o más veces al día.

ONICOFAGIA

Se examinó al niño de la siguiente manera:

- Colocando al niño en una posición cómoda, se separaron sus labios y se observó la integridad de los dientes sobre todo anteriores superiores e inferiores en busca de atricción, desgaste y alteraciones en su posición.
- Exploración de uñas y cutículas de los dedos de cada mano para verificar su integridad y ausencia o presencia de inflamación o infecciones.
- Se consideró presente este hábito en el infante cuando su padre o tutor contestó en el cuestionario que se muerde las uñas siempre o frecuentemente.

QUEILOFAGIA

Se observó lo siguiente:

- Piel que rodea los labios.
- Hipertonicidad del músculo borla del mentón y del labio afectado.
- Se consideró presente este hábito cuando el padre o tutor contestó afirmativamente al cuestionamiento de si el infante se muerde el labio.

PROTRACCIÓN LINGUAL

Se examinó lo siguiente y si existió alguno se consideró al niño con este hábito presente:

- Mientras se tiene una pequeña charla con él; se buscó algún indicio de cicatriz o marca por el constante mordisqueo en la lengua.
- Sí al realizar la exploración se mordió la lengua sin que realice ningún esfuerzo.
- Si el padre o tutor del niño respondió en el cuestionario que si se muerde la lengua siempre o frecuentemente.

RESPIRADOR BUCAL

Se consideró respirador bucal si los padres respondieron que el niño pasa día y noche con la boca abierta y además si presentó alguna de las siguientes características:

- Si muestra toda o casi toda la superficie labial de los incisivos superiores (labio corto).
- Cierre labial alterado (si al juntar los labios se hace a expensas del inferior que se torna tenso y con depresiones en el mentón)
- Labio inferior interpuesto entre los incisivos superiores.
- Resequedad en los labios.
- Aletas nasales aplanadas.
- Aceleración de la respiración, insuficiente o nula por no poderse ejecutar al realizarse el sellado labial.

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: edad y sexo.
- ◆ PLAN DE CODIFICACIÓN: Una vez que han sido clasificados fueron codificados 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 21.0 versión para Mac.
- ◆ PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO PROPIAMENTE DICHO: Para evaluar la incidencia de hábitos bucales, por edad y sexo, fueron calculadas frecuencias y porcentajes. Para evaluar la posible asociación entre la frecuencia de hábitos bucales con el sexo y la edad fue calculado el valor de Ji cuadrada de Pearson para tablas de contingencia mayores de 2X2, la de Razón de Verosimilitudes cuando alguna celda tenga un valor menor o igual a cinco, y la de Mantel y Haenszel para tablas de contingencia tetratéoricas.
- ◆ PRESENTACIÓN ESTADÍSTICA: Para facilitar la interpretación y análisis de los datos, los resultados fueron presentados en cuadros y gráficos diseñados en Excel y Power Point versión 7.0.

XII. RESULTADOS

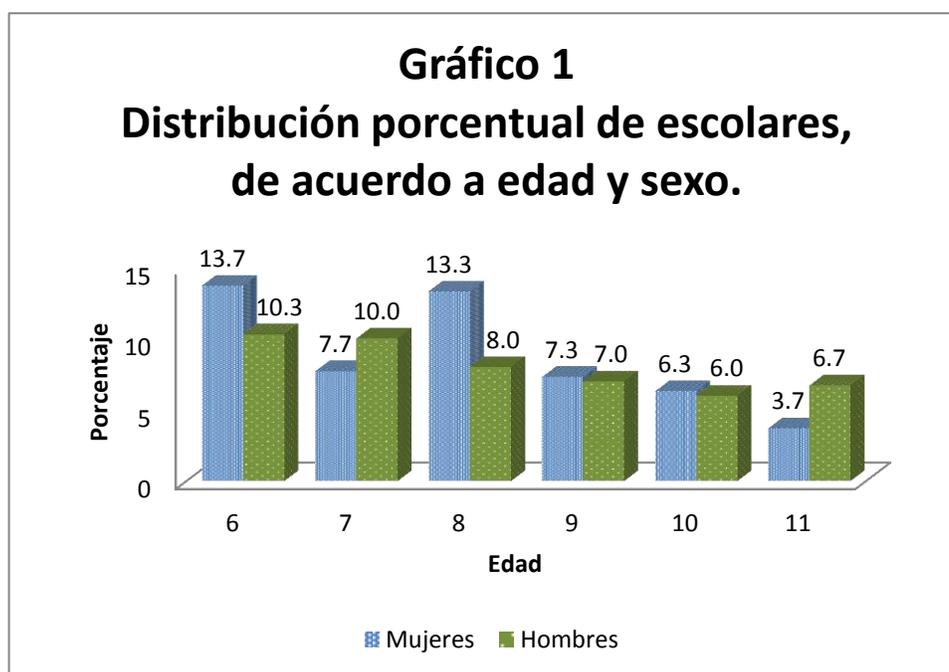
Se examinó un total de 300 escolares inscritos en la escuela “José Urquiza Gómez”, ubicada en la Colonia Gustavo Baz Prada, en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México; de los cuales 156 fueron mujeres y 144 hombres. De acuerdo a la edad, la población de estudio estuvo conformada de la siguiente manera: el 24% fueron niños de 6 años de edad, el 17.7% de 7 años, el 21.3% de 8 años de edad, mientras que los de 9 años fue de 14.3%; 12.3% fue de la edad de 10 años y finalmente con el 10.3% de 11 años de edad (cuadro 1, gráfico 1).

Cuadro 1

Distribución porcentual de escolares, de acuerdo a edad y sexo. Cd.Nezahualcóyotl, 2014.

Sexo	Edad*													
	Seis		Siete		Ocho		Nueve		Diez		Once		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mujeres	41	13.7	23	7.7	40	13.3	22	7.3	19	6.3%	11	3.7	156	52.0
Hombres	31	10.3	30	10.0	24	8.0	21	7.0	18	6.0	20	6.7	144	48.0
Total	72	24.0	64	17.7	64	21.3	43	14.3	37	12.3	31	10.3	300	100.0

*en años cumplidos



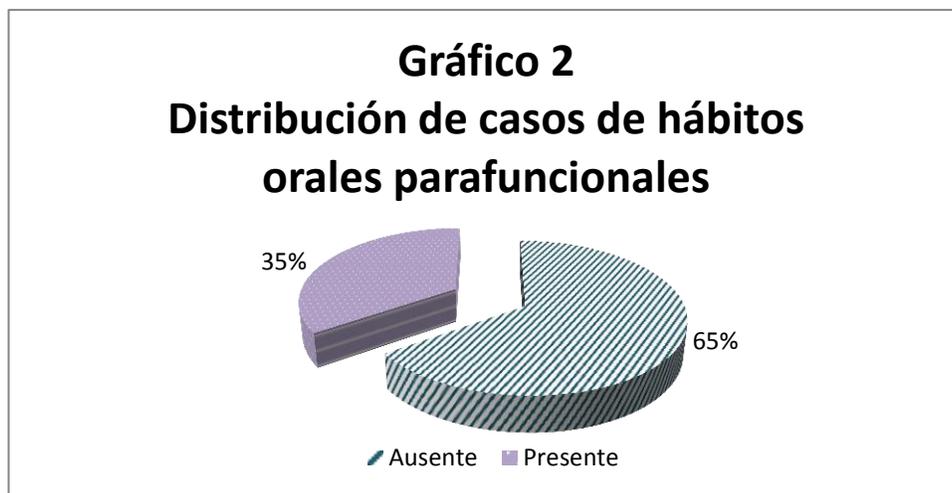
Del total de la población en estudio, el 34.7% presentó, por lo menos, un hábito bucal parafuncional, en comparación con el 65.3% de los escolares que no lo presentó.

Conforme a la edad, se observó que el grupo de seis presentó el mayor porcentaje de casos de este tipo de hábitos (10.7%), seguido de la categoría de ocho años (8.0%), posteriormente la edad de siete años con un 7.3%; después los de diez años de edad con un porcentaje de 3.7, inmediatamente le sigue la edad de nueve años con un 3.0% y finalmente el grupo de once años (2.0%). La relación entre estas dos variables resultó ser significativa ($X^2_{0.95,g.l.2,p=0.02}=7.664$). De acuerdo al sexo, el femenino mostró un mayor porcentaje de casos de hábitos bucales parafuncionales (18.3%), en comparación con el masculino (16.3%), sin embargo, tal como se observa las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre ambas categorías ($X^2_{0.95,g.l.1,p=0.751}=0.101$) (cuadros 2-3, gráficos 2-4).

Cuadro 2

Distribución de casos de hábitos bucales parafuncionales.
Cd.Nezahualcóyotl, 2013.

Hábitos bucales parafuncionales		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	196	65.3
Presente	104	34.7
Total	300	100.0



Cuadro 3

Distribución frecuencial de casos de hábitos bucales parafuncionales, de acuerdo a la edad y el sexo.
Cd. Nezahualcóyotl, 2013.

	Hábitos bucales parafuncionales					
	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Seis	40	13.3	32	10.7	72	24.0
Siete	31	10.3	22	7.3	53	17.7
Ocho	40	13.3	24	8.0	64	21.3
Nueve	34	11.3	9	3.0	43	14.3
Diez	26	8.7	11	3.7	37	12.3
Once	25	8.3	6	2.0	31	10.3
						$X^2_{0.95, g.1.2, p=0.02}=7.664$
Sexo						
Femenino	101	33.7	55	18.3	156	52.0
Masculino	95	31.7	49	16.3	144	48.0
						$X^2_{MH 0.95, g.1.1, p=0.751}=0.101$
Total	196	65.3	104	34.7	300	100.0

*en años cumplidos

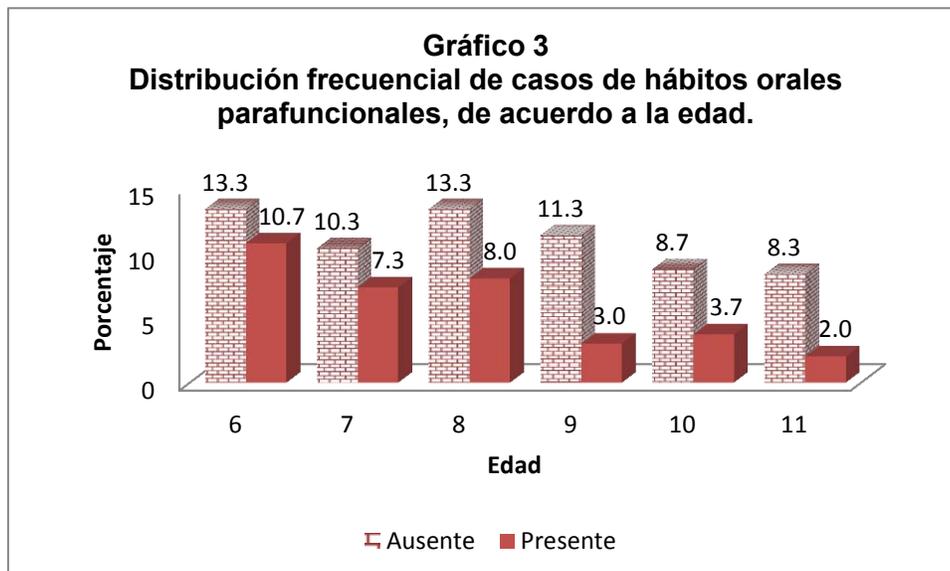
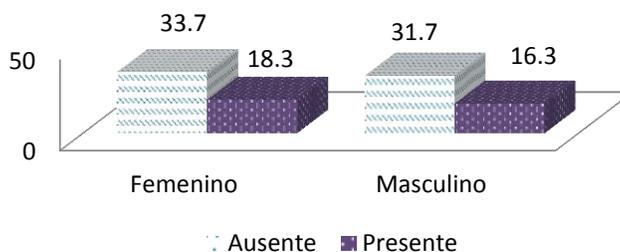


Gráfico 4
Distribución frecuencial de casos de
hábitos orales parafuncionales, de
acuerdo al sexo



El porcentaje de casos registrados con el hábito de succión digital fue del 1.7%, contrastado con el 98.3% de escolares, en los cuales este hábito bucal parafuncional no se presentó. En cuanto a su distribución conforme a la edad, se observó un mayor porcentaje de casos en el grupo de seis años (1.3%), seguido del grupo de ocho años (0.3%) y finalmente los de edades de siete, nueve, diez y once años no presentó ningún caso de dicho hábito.

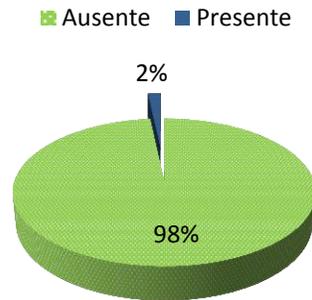
En relación al sexo, se halló que el mayor porcentaje lo presentó el masculino con el 1.0%, comparado con el 0.7% para el sexo femenino (cuadros 4-5, gráficos 5-7).

Cuadro 4

Distribución frecuencial de casos de succión digital.
 Cd.Nezahualcóyotl, 2013.

	Succión digital	
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	295	98.3
Presente	5	1.7
Total	300	100.0

Gráfico 5 Distribución frecuencial de casos de succión digital



Cuadro 5
Distribución frecuencial de casos de succión digital
de acuerdo a la edad y el sexo. Cd.Nezahualcóyotl, 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Seis	68	22.7	4	1.3	72	24.0
Siete	53	17.7	0	0.0	53	17.7
Ocho	63	21.0	1	0.3	64	21.3
Nueve	43	14.3	0	0.0	43	14.3
Diez	37	12.3	0	0.0	37	12.3
Once	31	10.3	0	0.0	31	10.3
						$X^2_{0.95, g.1.2, p=0.83}=0.378$
Género						
Femenino	154	51.3	2	0.7	156	52.0
Masculino	141	47.0	3	1.0	144	48.0
						$X^2_{MH 0.95, g.1.1, p=0.425}=0.636$
Total	295	98.3	5	1.7	300	100.0

*en años cumplidos

Gráfico 6
Distribución frecuencial de casos de succión digital de acuerdo a la edad

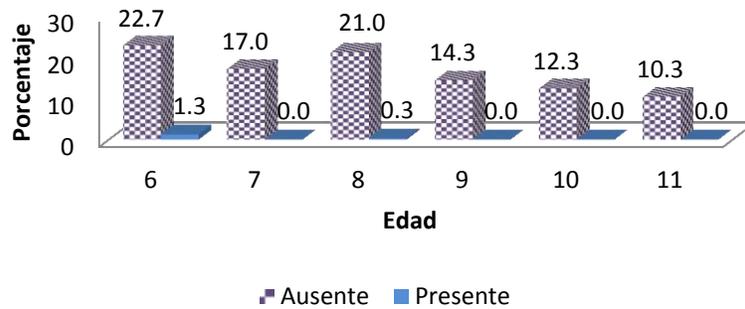
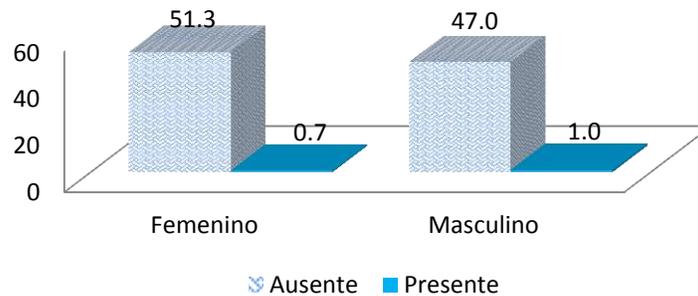


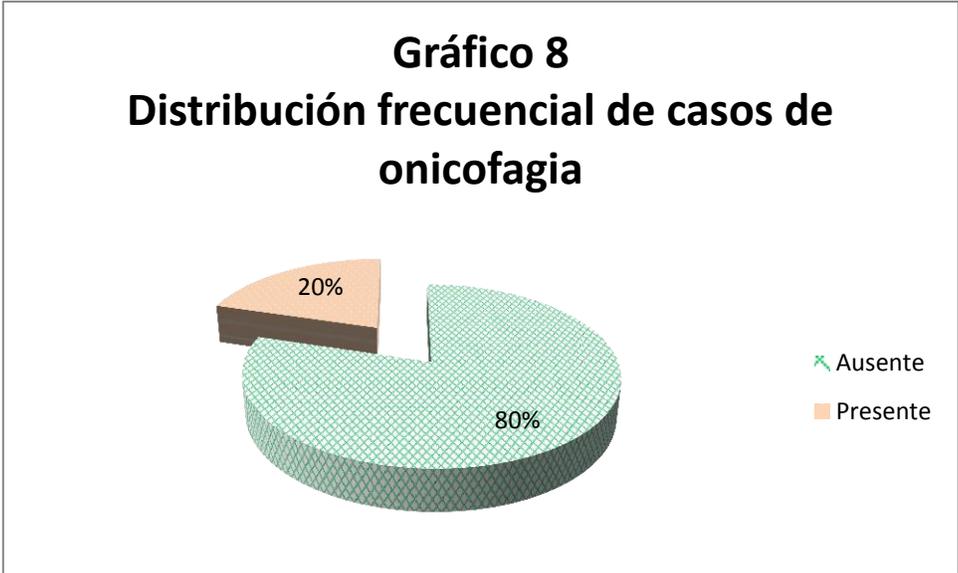
Gráfico 7
Distribución frecuencial de casos de succión digital de acuerdo al sexo



El porcentaje de casos de onicofagia fue de 20.3%, contrastado con el 79.7% de los escolares donde no se presentó. En relación a la frecuencia de casos conforme a la edad, se observó un porcentaje mayor en el grupo de seis años (20 niños), seguido del grupo de ocho años (15 niños), posteriormente la edad de siete años con 9, después le sigue la edad de nueve años con 7 niños, luego los de diez años con 2.0% y finalmente sólo se presentaron 4 casos en la categoría de edad de once años. En relación al género, el grupo de estudio mostró un mayor porcentaje en el sexo femenino (12.0%) mientras que los varones obtuvieron un 8.3% (cuadros 6-7, gráficos 8-10).

Cuadro 6
 Distribución frecuencial de casos de onicofagia.
 Cd. Nezahualcóyotl, 2013.

	Onicofagia	
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	239	79.7
Presente	61	20.3
Total	300	100.0



Cuadro 7

Distribución frecuencial de casos de onicofagia de acuerdo a la edad y el sexo. Cd.Nezahualcóyotl, 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Seis	52	17.3	20	6.7	72	24.0
Siete	44	14.7	9	3.0	53	17.7
Ocho	49	16.3	15	5.0	64	21.3
Nueve	36	12.0	7	2.3	43	14.3
Diez	31	10.3	6	2.0	37	12.3
Once	27	9.0	4	1.3	31	10.3
					$\chi^2_{0.95, g.l.2, p=0.0001} = 20.239$	
Sexo						
Femenino	120	40.0	36	12.0	156	52.0
Masculino	119	39.7	25	8.3	144	48.0
					$\chi^2_{MH 0.95, g.l.1, p=0.649} = 0.208$	
Total	239	79.7	61	20.3	300	100.0

*en años cumplidos

Gráfico 9
Distribución frecuencial de casos de onicofagia de acuerdo a la edad

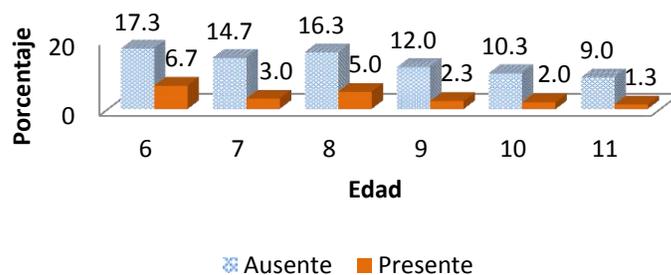
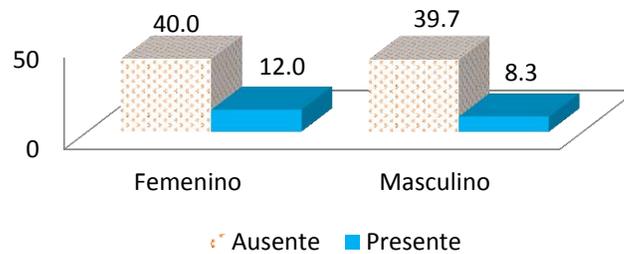


Gráfico 10
Distribución frecuencial de casos de onicofagia de acuerdo al sexo



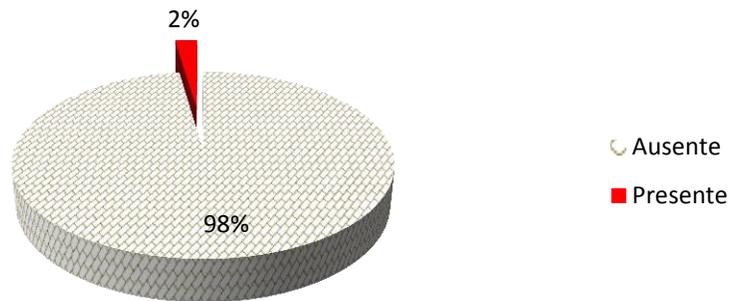
El porcentaje de casos registrados con el hábito de protracción lingual fue de 2.3% en comparación del 97.7% de los escolares que no lo presentó (cuadro 11, gráfico 11). En cuanto a la edad, este hábito se presentó en el 1.3% de los niños de seis años, seguido de los de nueve años (0.7%), después los de diez años con un solo caso y finalmente los de siete, ocho y once que no presentaron ningún caso (cuadro 12, gráfico 12). En relación al sexo se observó que los niños lo evidenciaron en un mayor porcentaje que las niñas, 1.3% y 1.0% respectivamente (cuadros 8-9, gráficos 11-13).

Cuadro 8

Distribución frecuencial de casos de Protracción lingual.
 Cd. Nezahualcóyotl, 2013.

	Protracción lingual	
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	293	97.7
Presente	7	2.3
Total	300	100.0

Grafico 11
Distribución frecuencial de casos de
protracción lingual



Cuadro 9

Distribución frecuencial de casos de protracción lingual de acuerdo a la edad y el sexo. Cd.Nezahualcóyotl, 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Seis	68	22.7	4	1.3	72	24.0
Siete	53	17.7	0	0.0	53	17.7
Ocho	64	21.3	0	0.0	64	21.3
Nueve	41	13.7	2	0.7	43	14.3
Diez	36	12.0	1	0.3	37	12.3
Once	31	10.3	0	0.0	31	10.3
Sexo						
Femenino	153	51.0	3	1.0	156	52.0
Masculino	140	46.7	4	1.3	144	48.0
Total	293	97.7	7	2.3	300	100.0

$$X^2_{0.95, g.l.2, p=0.148} = 3.827$$

$$X^2_{MH 0.95, g.l.1, p=0.656} = 0.198$$

*en años cumplidos

Gráfico 12
Distribución frecuencial de casos de
protracción lingual
de acuerdo a la edad

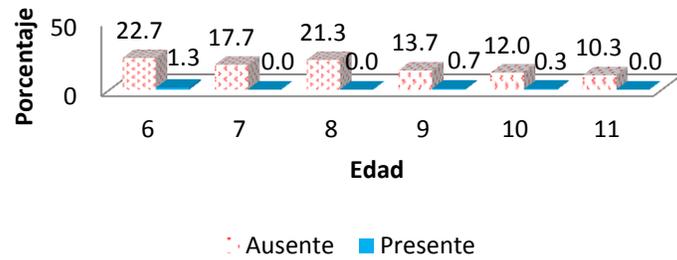
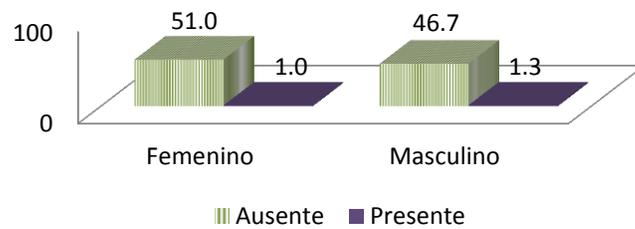


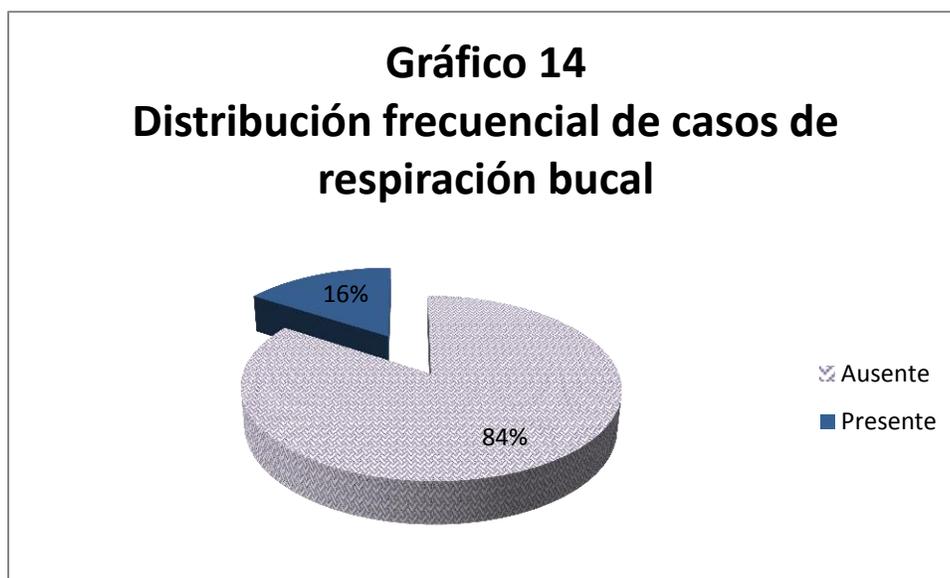
Gráfico 13
Distribución frecuencial de casos de
protracción lingual
de acuerdo al sexo



Con respecto al hábito de respiración bucal, el 15.7% de los escolares lo presentó. En cuanto a la edad, el mayor porcentaje lo presentó el grupo de edad de siete años (4.7%), seguido del grupo de ocho años (4.0%), después los de edad de seis años (3.7%), posteriormente el grupo de diez años (1.7%), luego los de nueve años (1.0%) y finalmente los de once años (0.7%). Por último, respecto al sexo, el mayor porcentaje de casos lo presentó el sexo masculino (8.7%) y en el femenino, en el 7.0% de las niñas (cuadros 10-11, gráficos 14-16).

Cuadro 10
 Distribución frecuencial de casos de respiración bucal.
 Cd. Nezahualcóyotl, 2013.

	Respiración bucal	
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	253	84.3
Presente	47	15.7
Total	300	100.0



Cuadro 11

Distribución frecuencial de casos de uso de respiración bucal de acuerdo a la edad y el sexo. Cd.Nezahualcóyotl, 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Seis	61	20.3	11	3.7	72	24.0
Siete	39	13.0	14	4.7	53	17.7
Ocho	52	17.3	12	4.0	64	21.3
Nueve	40	13.3	3	1.0	43	14.3
Diez	32	10.7	5	1.7	37	12.3
Once	29	9.7	2	0.7	31	10.3
						$X^2_{0.95,g.l.2,p=0.226}=2.977$
Sexo						
Femenino	135	45.0	21	7.0	156	52.0
Masculino	118	39.3	26	8.7	144	48.0
						$X^2_{MH 0.95,g.l.1,p=0.787}=0.073$
Total	253	84.3	47	15.7	300	100.0

*en años cumplidos

Gráfico 15
Distribución frecuencial de casos de uso de respiración bucal de acuerdo a la edad

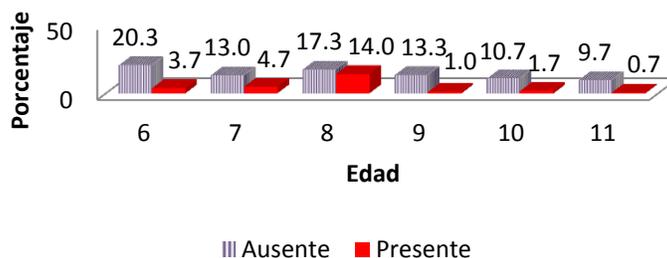
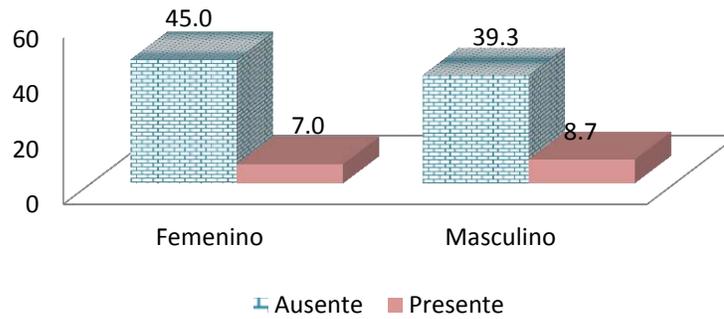


Gráfico 16
Distribución frecuencial de casos de uso de respiración bucal de acuerdo al sexo.



Otros hábitos.

No se observaron casos de niños con el hábito de queilofagia, chupones y mamilas, morder objetos ni succión labial.

XIII. DISCUSIÓN

De acuerdo con lo que se observó en la población de estudio, la frecuencia de hábitos bucales parafuncionales, en los escolares, fue baja, en comparación con lo reportado por Franco²⁰, Cortesea¹⁹ y Cepero⁹ para poblaciones similares, pero a su vez más alta de acuerdo a lo observado por Nápoles¹⁵. La variabilidad observada en este comportamiento pudo ser debida al hecho de que este tipo de hábitos pudieron verse influenciados por factores condicionantes, tales como: el estilo de vida, la calidad de la relación intrafamiliar, etc. y por lo tanto, cada sujeto tuvo una probabilidad distinta para desarrollar cualquier tipo de hábito parafuncional. Ahora bien, de acuerdo a la edad de los escolares, los grupos etarios de seis y ocho años presentaron una mayor frecuencia, mientras que para los de siete, nueve, diez y once años fueron menores; condición que resultó ser significativa, evidenciándose que existe relación entre esta variable con el evento de estudio, lo que mostró que la edad es un factor de riesgo para desarrollar estos tipos de hábitos. En cuanto al sexo, la frecuencia fue mayor en las mujeres, comportamiento similar a lo reportado por Cepero⁹, no así con lo que observó Murrieta¹, quien reportó una frecuencia mayor para varones. No obstante, a pesar de que en el presente estudio las mujeres fueron las que mostraron este tipo de hábitos de manera más frecuente, la diferencia mostrada con relación al grupo de hombres no resultó ser significativa, de tal forma que no importa en esta población si el niño es hombre o mujer, ya que en ambos casos, la probabilidad de desarrollar el evento en cuestión es similar para ambos sexos. Por otra parte, la descripción del comportamiento de la frecuencia de estos hábitos sólo se llevó a cabo por edad y género, no obstante, no se desestima la participación de otras variables que influyan en la probabilidad de ocurrencia de los mismos, tales como: la frecuencia con que se realiza el hábito, la duración e intensidad con la que se ejecute y la dirección como se dirijan esas fuerzas, sin considerar en el análisis de este planteamiento a aquellos hábitos que se generan como producto de algún

trastorno psicológico en el niño⁴ cansancio o aburrimiento, así como por falta de atención de los padres al niño, tensiones y constantes cambios en el entorno familiar e inmadurez emocional.^{1,9,16}

Ahora bien, analizando la frecuencia de cada uno de los hábitos bucales parafuncionales evaluados, en lo que se refiere a la onicofagia, este fue el que se presentó con mayor frecuencia en la población de estudio, frecuencia que resultó ser dos veces mayor a lo observado por Sobral²⁵, en niños cubanos. De hecho, el hábito de succión digital es el que, por lo general, se reporta como el de mayor frecuencia^{12, 17, 20}, por lo que en el presente estudio se observó esta diferencia importante.

En cuanto al sexo, las niñas mostraron una frecuencia mayor de hábito de onicofagia que los niños, diferencia que tampoco resultó ser significativa; asimismo, se observó que conforme aumentaba la edad el hábito disminuía su frecuencia. La posible explicación de este hecho puede estar relacionada con el abandono, el cual transfiere hacia la mordedura de las uñas. Asimismo, la complejidad en cuanto a que este hábito haya sido el de mayor frecuencia, radica en el hecho de que es un hábito muy difícil de erradicar, por ser bastante disimulable y se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora, acompañada con cierto grado de tensión y ansiedad, considerándose a estos niños difíciles o nerviosos. Las personas que manifiestan el hábito son hiperactivas, autoritarias, que exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante¹⁸. La mordedura de uñas asume que la mayoría de los que la presentan es porque no se eliminó convenientemente en su momento a los dos o tres años, cuando el niño se chupaba el dedo.¹⁹

El hábito de respiración bucal fue el segundo más frecuente, de hecho mayor a lo reportado por Murrieta¹ y Podadera¹⁷ y menor según Cortesea¹⁹, Pipa¹⁰ y Sobral²⁵. De acuerdo a la edad se observó con mayor frecuencia en niños de ocho años y conforme al sexo fue más prevalente en hombres, lo cual coincide con lo reportado por Murrieta¹. Hubo diferencias significativas entre el evento de estudio

con la edad, sin embargo en relación con el sexo no existieron y todos los niños y las niñas mostraron la misma probabilidad para desarrollar este hábito. Su baja frecuencia se presentó de acuerdo a lo esperado, tomando en cuenta las edades de los niños encuestados, pero más allá de esta edad cualquier alteración en el hábito de respirar puede ser causado por dos motivos principalmente: por condiciones de carácter anatómico o fisiológico^{2,25}, o simplemente por hábito, siendo este último motivo para considerarse anómalo, ya que se hace sólo por costumbre.

El hábito de protracción lingual fue menos frecuente a lo reportado por Cepero⁹, Sobral²⁵ y Martín³¹. En cuanto los grupos etarios de seis, nueve y diez años fueron los que presentaron frecuencias más altas; en cuanto al sexo, resultó ser más frecuente en niños. De igual manera, este hábito no resultó estar relacionado con la edad ni con el sexo. La existencia de este hábito probablemente es debido a la utilización de mamilas en edad avanzada y a la succión digital entre otros^{18, 31}.

La presencia del hábito de succión digital también fue baja, no obstante fue mucho menor de acuerdo a los hallazgos reportados por Marcantonio¹¹, da Bardolet²⁹ y Murrieta¹. En cuanto a la edad, se observó una mayor frecuencia de este hábito en niños de seis años; y acorde al sexo, en niños fue más prevalente, lo cual coincide con Murrieta¹. También en este caso, no hubo asociación entre las variables, razón por la cual se observó una probabilidad similar en todas las categorías, para desarrollarla. En cuanto al hábito de succión digital en sí, cabe destacar que es un hábito pernicioso que puede producir no sólo alteraciones de las estructuras dentofaciales, sino también de las relaciones sociales del niño y su autoestima²⁵, por lo que no solo es la satisfacción de necesidades alimentarias sino también tiene un profundo significado emocional que no debe ser omitido.⁹ Este hábito es considerado normal hasta los dos y medio años de edad¹⁶, si persiste el hábito en el niño escolar es debido a la falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional del niño, cambios en el ambiente familiar, nacimiento de un hermano, ingreso del niño a la escuela, entre otros¹⁶. Lo relevante de esta explicación está en función de que probablemente su frecuencia

fue diferente a lo esperado, a pesar de que en la mayoría de los estudios revisados la reportan como la de mayor frecuencia. Sin embargo, esta diferencia refuerza la circunstancia de que no hay que dar por hecho el comportamiento de cualquier evento epidemiológico, ya que el mismo puede estar influenciado por múltiples factores de diferente manera y manifestarse de una forma distinta de sujeto a sujeto y de grupo poblacional a grupo poblacional. Finalmente, llama la atención que no se observaron casos de niños con el hábito de queilofagia, chupones y mamilas, morder objetos ni succión labial, por lo tanto no se puede comparar con estudios epidemiológicos encontrados, ni tampoco a especular en un evento que está ausente las razones por las cuales no se presentaron.

XIV. CONCLUSIONES

Con base en los resultados que se obtuvieron en el presente estudio se puede concluir que:

- ◆ La frecuencia de hábitos bucales parafuncionales en general fue baja, ya que resultó ser menor a lo reportado para otras poblaciones.
- ◆ En cuanto a la primera hipótesis, esta fue aceptada debido a que la frecuencia de hábitos parafuncionales fue del 35%.
- ◆ Los hábitos bucales parafuncionales de mayor frecuencia en la población de estudio fueron la onicofagia, la respiración bucal, protracción lingual y succión digital.
- ◆ En cuanto al hábito de onicofagia fue el de mayor frecuencia, coincidiendo con lo planteado en la segunda hipótesis del presente estudio; hallazgo que resultó ser relevante debido a que su frecuencia fue distinta a lo reportado por otros autores en poblaciones similares. En relación al hábito de succión digital el comportamiento fue contrario, su frecuencia fue menor a lo esperado, lo cual no coincidió con la hipótesis planteada.
- ◆ Los grupos etarios con mayor frecuencia de hábitos parafuncionales fueron los de seis y ocho años.
- ◆ En cuanto a la posible asociación de la frecuencia de hábitos parafuncionales se encontró asociada con el edad, no así con el sexo, a

pesar de que en nuestra hipótesis se hizo la suposición de que estaría asociada a ambas variables.

- ◆ Otra característica importante en cuanto a la frecuencia de hábitos bucales parafuncionales fue que no se encontró un solo caso de hábitos como la queilofagia, el uso de chupones y mamilas, la mordedura de objetos y la succión labial.
- ◆ El manejo o tratamiento de hábitos perniciosos es uno de los retos a resolver en estomatología, debido a lo complejo que es para su identificación, ya que existe poca información actualmente en el mapa epidemiológico para apoyarse, pero además deben de practicarse la multidisciplina para obtener mejores resultados; otro factor son los padres quienes pasan por alto este tipo de comportamientos en el infante dando paso a que empeore la situación y aumente el costo de los tratamientos. Para poder resolver esta problemática es necesario ampliar más la investigación epidemiológica y tener la información necesaria sobre los hábitos parafuncionales con sus factores etiológicos y consecuencias, para así poder educar a la población sobre el problema de salud que existe actualmente y así disminuir su frecuencia.

XV. RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización de más estudios sobre este mismo problema, pero tomando en cuenta ampliar el tamaño de la población de estudio, bajo las mismas condiciones en cuanto a la edad, con el fin de tener mayor certeza sobre el comportamiento de la frecuencia de hábitos bucales parafuncionales en población escolar mexicana, generando así una base de conocimientos nuevos construida en nuestras propias estadísticas, pudiendo adaptar así, los hallazgos realizados a intervenciones y tratamientos más acordes con nuestra propia problemática. De igual forma se recomiendan los estudios de incidencia para ver el comportamiento de la población durante los años posteriores y evaluar el progreso o deterioro del estado de salud bucal de la misma. Al final esto permitirá conformar un mapa epidemiológico más confiable sobre el evento en cuestión.

Se propone del mismo modo, la realización de estudios en los cuales se tomen en cuenta otros posibles factores etiológicos, que provocan la adquisición de dichos hábitos bucales en la población infantil, tales como el nivel socioeconómico de la familia, la convivencia de los escolares con su entorno y la familia, así como sus problemáticas en la cuales el escolar se vea involucrado, esto hará que se detecten posibles factores de riesgo relacionados con el desarrollo de estos hábitos y dará pauta a que el odontólogo ejerza la práctica de la multidisciplina, obteniendo así innovaciones y resultados aún más enriquecidos en las próximas investigaciones para poder disminuir la frecuencia de los mismos hábitos.

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murrieta PJ, Allendelagua BRI, Pérez SLE, Juárez LLA, Linares VC, Meléndez OAF, et al. Frecuencia de hábitos bucales parafuncionales en niños en edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Bol Med Hosp Infant* 2011;68(1):26-33.
2. Agurto P, Díaz MR, Cádiz DO, Bobenrieth KF. Frecuencia de malos hábitos bucales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Rev Chil Pediatr* 1999;70(6):470- 478.
3. Aliño SM, Navarro FR, López EJ, Pérez SI. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Rev Cub Pediatr* 2007;79(4):1-13.
4. Dos Santos SA, Holanda FAL, Sena FM, Gondim AML, Ferreira FMA. Hábitos de succión no nutritivos en los niños en edad preescolar. *J Pediatr* 2009;85(5):408- 414.
5. Paredes GV, Paredes CC. Frecuencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *Anal Ped* 2005;62(3):261-265.
6. Fuziy A, Nana IE, Ferreira RI, Tapia RFA, Furquim SD. Características faciales y oclusales en niños con hábitos bucales. *Acta Odontol Venez* [Internet] 2012 [citado 20 Nov 2013];50(2). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/2/art3.asp>.
7. Alarcón A. Deglución atípica: Revisión de la literatura. *Acta Odontol Venez* [Internet] 2013 [citado 20 Nov 2013]; 51(1). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp>.
8. González GL, Pérez GV, Celis VR, Sánchez RI, Rodríguez D, Prado FC. Valoración de los hábitos orofaciales en niños. *Arch Argent Pediatr* 2009;41(2):9-15.

9. Cepero SZJ, Gato FIH, Estrada RJD, Pérez QJA. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev Cub Estomat 2007;44(4):1-13.
10. Pipa VA, García RPC, López AME, González GM, Pipa MI, Acevedo PA. Frecuencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Av Odontostomatol 2011;27(3):137- 145.
11. Marcantonio BE, Coleta PEK, Gerald BP, Pires ANC, Lunardi N. Frecuencia de maloclusiones en niños de 3- 6 años de edad con el hábito de chuparse el dedo y/o chupete. Rev Especialid Odontol 2013;42(2):110-116.
12. Reyes RDE, Rosales RK, Roselló SO, García ADM. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004-2005. Acta Odontol 2007;45(3):1-13.
13. Benítez VJM, Gasca AGG. Modificación conductual en un caso de onicofagia. ADM 2013;70(3):151-153.
14. León CKM, Maya HB, Vega GM, Mora PC. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición tempbucal. Área III. 2007;44(4):1-11.
15. Nápoles QAM, Borroto AO, Sexto DN, Valladares A. Succión digital y funcionamiento familiar en niños. Área II Cienfuegos. Rev Electrónica Cien Méd Cienfueg 2007;5(3):27-31.
16. Miranda CJ, Villanueva NE, Sánchez AM. Hábitos bucales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Iztacala al Diplomado de Ortopedia Maxilar. [Internet]. 2003 [citado el 20 Nov 2013]. Disponible en: http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/bucal/habitos_bucal58.htm.
17. Podadera VZR, Ruíz ND. Frecuencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad, 2002-2003. Rev Cub Estomatol 2004;41(2):3-8.

18. Urrieta E, López I, Quirós O, Farías M, Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y Maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el Diplomado de Ortodoncia Interceptiva U.G.M.A. 2006-2007. Rev Latinoam Ortodon Odontoped 2008;1-13.
19. Cortesea GS, Biondia AM. Relación de disfunciones bucales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. Arch Argent Pediatr 2009;107(2):134-138.
20. Franco VV, Gorritxo GB, García IF. Frecuencia de hábitos bucales y su influencia en la dentición tempbucal. Rev Pediatr Aten Prim 2012;14(53):13-20.
21. Duque ERJ, Rodríguez CA, Coutin MG, González GN. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Rev Cub Estomatol [Internet]. 2004 [citado 20 Nov 2013]; 41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000100002&script=sci_arttext.
22. Fernández TCM, Acosta CA. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cub 1997;12(2):79-83.
23. Rodríguez RM, Díaz WN. Características de la oclusión dental en niños preescolares. Od Científ 2012;13(1):13-18.
24. Bardoni N. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Panamericana; 2010. p. 657-677.
25. Sobral CT. Influencia de parámetros infantiles y hábitos bucales en la oclusión de niños de 3 a 5 años de edad [tesis doctbucal]. Granada Univ. Editorial de la Universidad de Granada; 2011.
26. Aguilar RM, Nieto SI, De la Cruz PJ. Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. Rev Latinoam de Ortodon y Odontoped 2011: 1-14.
27. Quiñones YME, Ferro BPP, Torres SF, Espinosa GLE, Rodríguez CA. Estado nutricional. Su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en niños. Rev Cub Estomatol 2006; 43(3): 1-7.

28. Boj RJ. Odontopediatría. Barcelona España: Masson; 2005. p. 379 -409.
29. Bardolet FL, Sánchez MM, Sentís VJ, Ustrell TJM. Hábito de succión no nutritiva y su relación con la maloclusión. REDOE [Internet]. 2006 [citado 20 Nov 20013]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=40>.
30. Jiménez PC, Ramírez R, Ortiz V, Virgüez Y, Benítez A. Identificación de lesiones en los tejidos blandos de la cavidad bucal en adolescentes con privación de libertad en el odontopediátrico de Carapa. Septiembre 2005-Abril 2006 Venezuela. Act Odonto Ven 2009;47(2):1-12.
31. Martín ZL, García PS, Expósito MI, Estrada VV, Pérez LY. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. AMC 2010;14(6):1-12.
32. Narváez SMF, Muñoz ELLA, Villota BD, Mafla CAC. Hábitos bucales en niños de 6- 10 años de la escuela de Itsin de San Juan de Pasto. Rev Univ 2010;12(1):27-33.

ANEXOS

ANEXO No 1

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO BAJO
INFORMACIÓN**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**



CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Yo _____ expreso mi conformidad y autorización como Padre o Tutor conjuntamente con la de mi hijo(a) para participar en el estudio titulado: Frecuencia de hábitos parafuncionales en un grupo de escolares del Edo. de México. 2014, después de haber escuchado la explicación brindada por la pasante de la carrera de Cirujano Dentista: Lucero Martínez Hernández.

Nombre y Firma: _____

ANEXO No 2
FICHA EPIDEMIOLÓGICA



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del escolar: _____ **Folio:** _____

Edad: _____

Sexo:

 F

 M

Examen extrabucal		
a) Dedos b) Uñas y cutículas	S/alteraciones <input type="checkbox"/> Completas <input type="checkbox"/>	Muy limpios o con callosidades, Mordisqueo o Incompletas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Labios d) Labio superior e) Labio inferior f) Cierre labial g) Irritación de piel circundante a los labios	Hidratados <input type="checkbox"/> S/alteraciones <input type="checkbox"/> S/alteraciones <input type="checkbox"/> S/alteraciones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Resecos Alterado <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nariz		
a) Aletas nasales b) Respiración al sellar los labios	Redondeadas <input type="checkbox"/> S/alteraciones <input type="checkbox"/>	Aplanadas <input type="checkbox"/> Acelerada, insuficiente o nula <input type="checkbox"/>
Músculos		
a) Buccinador, orbiculares y borla del mentón	S/ alteraciones <input type="checkbox"/>	Hipertónicos <input type="checkbox"/>
Examen intrabucal		
Lengua		
a) En reposo	S/alteraciones <input type="checkbox"/>	Interpuesta: En anteriores lateralmente <input type="checkbox"/>
b) Con presencia de marcas o cicatrices	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Paladar		
a) Forma del paladar	S/alteraciones <input type="checkbox"/>	Alterada <input type="checkbox"/>
Dientes		
a) Anteriores superiores	Sanos <input type="checkbox"/> Desgaste <input type="checkbox"/> Protruidos <input type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/>	Mordida abierta anterior <input type="checkbox"/>
b) Anteriores inferiores	Sanos <input type="checkbox"/> Desgaste <input type="checkbox"/> Retruidos <input type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/>	
c) Posteriores	Sanos <input type="checkbox"/>	Mordida abierta lateral <input type="checkbox"/>

ANEXO No 3
CUESTIONARIO PARA LOS PADRES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del niño: _____ **Folio:** _____

Nombre del padre o tutor: _____

Parentesco con el niño: _____

Edad del niño: _____

Sexo del niño:

 F

 M

Succión		
1. ¿Su hijo Toma mamila?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si toma mamila ¿cuándo lo hace?:		
Una vez al día <input type="checkbox"/>	Dos veces al día <input type="checkbox"/>	3 o más veces al día <input type="checkbox"/>
2. ¿Usa chupón?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Se chupa el dedo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Cuándo?:		
Al dormir <input type="checkbox"/>	Todo el día <input type="checkbox"/>	Cuando está aburrido <input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo se chupa el labio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mordisqueo		
5. ¿Su hijo se muerde las uñas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo se muerde el labio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Su hijo muerde algún objeto como lápices, juguetes, etc.?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Su hijo se muerde la lengua?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Respiración:		
9. ¿Su hijo respira por la boca?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10. Si respondió que "SI" a la pregunta anterior, conteste esta pregunta ¿su hijo respira por la boca?	Durante el día y la noche <input type="checkbox"/>	Sólo durante la noche <input type="checkbox"/>

ANEXO No 4
GRÁFICO GANTT DE ACTIVIDADES

MES ACTIVIDAD	2013				2014					
	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Mar.	Abr.	Mayo	Jun.
1) Promoción del proyecto										
2) Conformación del censo										
3) Localización de escolares de interés para el estudio										
4) Elaboración de la relación o listados de los niños que serán examinados										
5) Asistencia al plantel de instrucción escolar, solicitud de autorización por parte del director/a y padres de familia de los escolares										
6) Levantamiento epidemiológico										
7) Clasificación, codificación y tabulación de los datos										
8) Procesamiento estadístico (cálculo de estadígrafos de interés)										
9) Presentación estadística de la información										
10) Análisis e interpretación de resultados										
11) Informe Final										