



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ESTUDIO COMPARATIVO DE HÁBITOS BUCALES NOCIVOS
EN PREESCOLARES DE UNA ESCUELA PÚBLICA Y UNA
PRIVADA DE LA DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC. 2005**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

JONATHAN DAVID / HERNÁNDEZ DIOSDADO

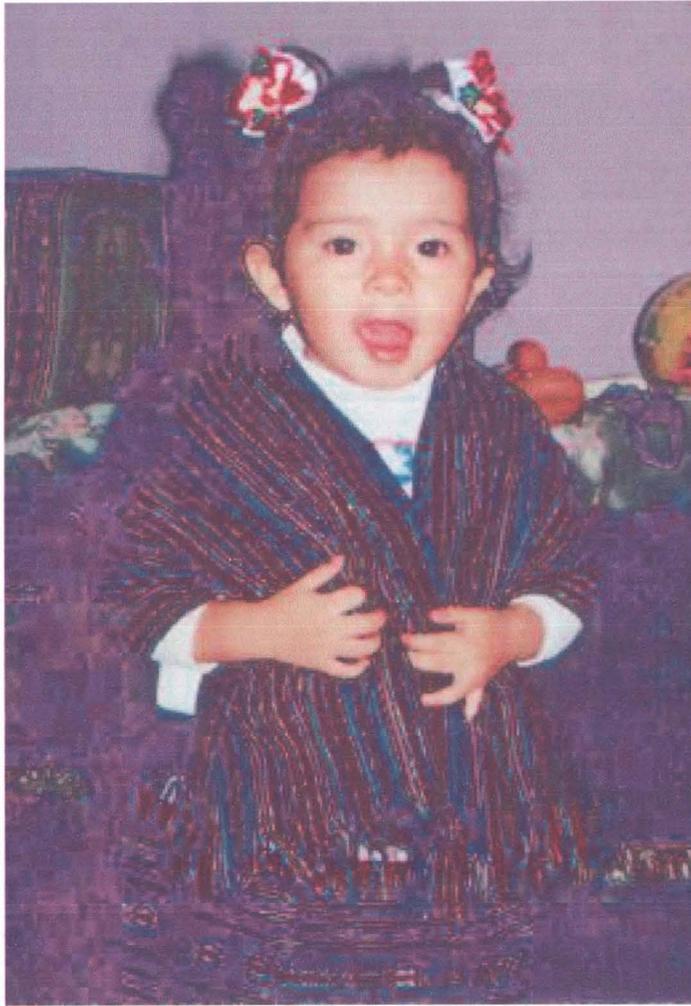
DIRECTORA: M. en C. LEONOR OCHOA GARCÍA

ASESOR: M. en C. SAÚL DUFOO OLVERA

MÉXICO D. F.

Abril 2005

m. 342975



AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

GRACIAS POR LA VIDA Y EL CARIÑO QUE ME HAN PROFESADO POR TODO SU APOYO QUE ME HAN BRINDADO EN MIS AÑOS DE ESTUDIO.

POR TODOS ESOS GRANDES Y PEQUEÑOS DETALLES QUE ME HAN FORMADO COMO HOMBRE.

LOS AMO.

A MIS ABUELOS:

POR BRINDARME TODO SU APOYO, CARIÑO Y ÁNIMO ASÍ COMO SU COMPRENSIÓN, POR ESTO Y MUCHAS COSAS MÁS.

LOS AMO.

A MI FAMILIA:

A MI ESPOSA ELIZABETH Y A MI HIJA JOELY ESTEFANÍA, POR SER LA LUZ Y MI ESPERANZA DE SEGUIR ADELANTE Y CON MÁS FUERZA DÍA CON DÍA.

NO TENGO PALABRAS PARA DECIRLES QUE LAS AMO.

A MIS HERMANOS JULIO Y DANIEL

POR SER PARTE DE MI MOTIVO DE SUPERACIÓN ASI COMO SU APOYO Y CARIÑO.

MIL GRACIAS.

A MIS AMIGOS DE TODA LA VIDA:

FELIX CORRO, ISRAEL Y CARLOS GARCÍA, ERNESTO PASOS Y ESPOSA, DANIEL HUERTA, NAHUM MACHUCA Y ESPOSA, ISRAEL ZUÑIGA, Y A MI GRAN AMIGO GALILEO RIVAS. POR HABER COMPARTIDO TODOS MIS ÉXITOS FRACASOS, ALEGRÍAS Y TRISTEZAS.

MIL GRACIAS.

A LAS PERSONAS QUE ME HAN APOYADO:

A MIS TÍOS RAÚL Y ARACELI POR TODOS SUS CONSEJOS Y A MI TÍO DAVID POR HABERSE GANADO MI ADMIRACIÓN, A LA DRA. LEONOR OCHOA DE LA CUAL HE APRENDIDO MUCHO Y HA SIDO PIEZA IMPORTANTE EN ESTE TRABAJO, AL DR. SAÚL DUFOO POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE CONOCERLO Y TRABAJAR CON ÉL.

MIL GRACIAS

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA:

POR SER MI CASA DE ESTUDIOS Y FORMARME COMO UN BUEN PROFESIONISTA.
POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU.

GRACIAS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

| | |
|--|----|
| 1.- ANTECEDENTES..... | 1 |
| 1.1.-Estudios Nacionales | 1 |
| 1.2.-Estudios Internacionales..... | 2 |
| 2.- MARCO TEÓRICO..... | 3 |
| 2.1.- DESARROLLO PSICOLÓGICO EN PREESCOLARES | 3 |
| 2.2.- HÁBITO..... | 4 |
| 2.3.- CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS..... | 6 |
| 2.4.- DESCRIPCIÓN DE HÁBITOS BUCALES NOCIVOS..... | 7 |
| 2.4.1 .- Succión Digital..... | 7 |
| 2.4.2 .- Bruxismo..... | 10 |
| 2.4.3 .- Onicofagia..... | 11 |
| 2.4.4 .- Hábito del chupón..... | 13 |
| 2.4.5 .- Respiración bucal..... | 15 |
| 2.4.6 .- Hábito de biberón..... | 16 |
| 2.4.7 .- Interposición lingual..... | 17 |
| 2.4.8 .- Hábitos labiales..... | 18 |
| 2.4.8.1.- Succión labial..... | 18 |
| 2.4.8.2.- Morderse el labio..... | 19 |
| 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 21 |
| 4.- JUSTIFICACIÓN..... | 22 |
| 5.- OBJETIVOS..... | 22 |
| 5.1.- OBJETIVO GENERAL..... | 22 |
| 5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 22 |
| 6.- METODOLOGÍA..... | 23 |
| 6.1.- MATERIAL Y MÉTODO..... | 23 |
| 6.2.- TIPO DE ESTUDIO..... | 23 |
| 6.3.- POBLACIÓN DE ESTUDIO..... | 23 |
| 6.4.- MUESTRA..... | 23 |
| 6.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 23 |
| 6.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | 24 |
| 6.7.- VARIABLES DE ESTUDIO..... | 24 |
| 6.8.- VARIABLE INDEPENDIENTE..... | 24 |
| 6.9.- VARIABLE DEPENDIENTE..... | 24 |

| | |
|--|----|
| 6.10.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES..... | 25 |
| 6.10.1.- DEMOGRÁFICAS..... | 25 |
| 6.10.2.- SOCIOECONÓMICAS..... | 25 |
| 6.10.3.- HÁBITOS BUCALES NOCIVOS..... | 26 |
| 6.11.- RECOLECCIONES DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO..... | 29 |
| 6.12.- RECURSOS..... | 30 |
| 6.12.1.- Humanos..... | 30 |
| 6.12.2.- Materiales..... | 30 |
| 6.12.3.- Financieros..... | 30 |
| 7.- RESULTADOS..... | 31 |
| 8.- DISCUSIÓN..... | 44 |
| 9.- CONCLUSIONES..... | 46 |
| 10.- RECOMENDACIONES..... | 47 |
| 11.- BIBLIOGRAFÍA..... | 48 |
| 12.- ANEXOS..... | 52 |

CONTENIDO DE FIGURAS

- FIGURA 1. Adaptación de la musculatura bucal y facial a la succión del pulgar. Puede observarse la malposición de la lengua, mandíbula y músculos que rodean la boca.
- FIGURA 2. Paciente de cinco años y medio con hábito de succión digital.
- FIGURA 3. Aspecto intrabucal donde se aprecia la mordida abierta, ocasionada por el hábito de succión digital.
- FIGURA 4. Aspecto del pulgar de dicho paciente donde se observa callosidad y herida abierta, producida por el roce con incisivos inferiores.
- FIGURA 5. Calendario propuesto por Cipes donde el niño debe colocar una estrella cuando no succiona su dedo. Una vez conseguidas siete seguidas, se canjean por un premio acordado.
- FIGURA 6. Método intrabucal para ayudar a restringir el hábito de succión digital. El paciente siente interrumpido el feed-back sensorial al introducir el dedo y encontrar la parrilla palatina.
- FIGURA 7. Aquí se observa un movimiento de lateralidad que es frecuente en el paciente bruxista.
- FIGURA 8. Paciente con bruxismo.
- FIGURA 9. Guarda oclusal utilizada para el tratamiento del bruxismo.
- FIGURA 10. Paciente efectuando el hábito de onicofagia.
- FIGURA 11. Desgaste incisal a causa de la onicofagia.
- FIGURA 12. Paciente efectuando el hábito con más de un dedo.
- FIGURA 13. Realización del hábito de onicofagia por un menor en edad preescolar.
- FIGURA 14. Estado de los dedos por el hábito de onicofagia.
- FIGURA 15. Mordida abierta ocasionada por el chupón.
- FIGURA 16. Hábito del chupón.

FIGURA 17. Paciente con respiración bucal visto de frente

FIGURA 18. Perfil del respirador bucal

FIGURA 19. Perfil del respirador bucal

FIGURA 20. Paciente con hábito de biberón

FIGURA 21. Hábito de lengua

FIGURA 22. 1: Esquema de la posición lingual en la deglución normal. 2: Situación de la lengua durante una deglución anormal por la presencia de amígdalas hipertróficas.

FIGURA 23. Paciente efecto de deficiencia mental en el que se observa la falta de sellado labial

FIGURA 24. Paciente de cuatro años de edad con hábito de protrusión lingual ocasionado por la pérdida prematura de incisivos temporales

FIGURA 25. Pantalla oral con dispositivo intraoral que ayuda al posicionamiento lingual correcto y permite la realización de ejercicios para recordar al niño dicha posición

FIGURA 26. Niño efectuando succión labial

FIGURA 27. Hábito de morderse el labio

FIGURA 28. Esquema óseo de la articulación en el hábito de morderse el labio

FIGURA 29. Paciente de perfil que presenta el hábito de morderse el labio

CONTENIDO DE GRAFICAS

GRAFICA 1. Población total

GRAFICA 2. Hábitos en escuela privada

GRAFICA 3. Hábitos en escuela pública

GRAFICA 4. Total de hábitos encontrados

GRAFICA 5. Presencia de hábito por sexo

GRAFICA 6. Presencia por escuela de hábito por sexo

GRAFICA 7. Presencia de hábito por edad

GRAFICA 8. Presencia por escuela de hábito por edad

GRAFICA 9. Número de hábitos bucales encontrados

GRAFICA 10. Porcentaje total de succión digital

GRAFICA 11. Porcentaje por escuela de succión digital

GRAFICA 12. Porcentaje total de bruxismo

GRAFICA 13. Porcentaje por escuela de bruxismo

GRAFICA 14. Porcentaje total de onicofagia

GRAFICA 15. Porcentaje por escuela de onicofagia

GRAFICA 16. Porcentaje del hábito del chupón

GRAFICA 17. Porcentaje total de respiración bucal

GRAFICA 18. Porcentaje por escuela de respiración bucal

GRAFICA 19. Porcentaje total de utilizo biberón después de los dos años

GRAFICA 20. Porcentaje por escuela de utilizo biberón después de los dos años

GRAFICA 21. Presencia de biberón después de los 2 a 4 años

GRAFICA 22. Porcentaje total de interposición lingual

GRAFICA 23. Porcentaje por escuela de interposición lingual

GRAFICA 24. Porcentaje total de succión labial

GRAFICA 25. Porcentaje por escuela de succión labial

GRAFICA 26. Presencia de succión labial superior o inferior

GRAFICA 27. Porcentaje total de morderse algún labio

GRAFICA 28. Porcentaje por escuela de morderse algún labio

GRAFICA 29. Presencia de morderse algún labio superior o inferior

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1. Población total de la encuesta

TABLA 2. Presencia de hábito por sexo

TABLA 3. Presencia de hábito por edad

TABLA 4. Número de hábitos bucales nocivos encontrados en niños

TABLA 5. Presencia de succión digital

TABLA 6. Presencia de bruxismo

TABLA 7. Presencia de onicofagia

TABLA 8. Presencia del uso del chupón

TABLA 9. Presencia de respiración oral

TABLA 10. Si utilizó biberón después de los dos años

TABLA 11. Hasta que edad utilizó biberón

TABLA 12. Presencia de interposición lingual

TABLA 13. Presencia de succión labial

TABLA 14. Cual labio chupa su hijo(a)

TABLA 15. Presencia de morderse algún labio

TABLA 16. Cuál labio se muerde su hijo(a)

TABLA 17. Asociación de Hábitos Bucles Nocivos y Tipo de Preescolar

INTRODUCCIÓN

Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fono articulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser dedo, chupón, succión o mordedura de labio, entre otros, la respiración bucal, y la interposición lingual en reposo, bruxismo u onicofagia.

Los hábitos bucales nocivos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzca una deformación ósea. Otras veces se agrega a ello fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupón, todas alteraciones que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje.

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

- a) La edad en que éste se inicia, de tal forma que mientras más pronto comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.
- b) El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito.
- c) La frecuencia de éste, es decir el número de veces que lo practica al día.

La succión, desde el nacimiento hasta los 2 años se considera normal, con la aparición de las piezas dentarias temporales es reemplazada gradualmente por la masticación, por lo que se le considera mal hábito cuando persiste estando las piezas temporales completas en la boca.

En varias investigaciones se ha comprobado que la succión de dedo ó chupón, puede ser la causante de malformaciones dento-esqueléticas y que éstas pueden ser revertidas si el mal hábito es eliminado entre los 4 y 6 años.

En el caso de la respiración bucal el paso del aire por la vía nasal puede ser obstruido por la desviación del tabique nasal, congestión nasal en gripes

frecuentes y prolongadas, rinitis alérgicas, adenoides hiperplásicas, y la falta de aseo nasal.

La respiración bucal se considera un mal hábito cuando persiste una vez superado el problema de obstrucción nasal.

Las alteraciones que puede producir la respiración bucal mantenida a través del tiempo son las alteraciones del cierre labial, alteraciones dentarias y maxilares, predisposición a enfermedades respiratorias y alteraciones corporales.

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) ó entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fono articulación.

En condiciones normales la posición dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.

En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y mal posición dentaria.

Durante la vida existen dos patrones de deglución con el tipo de alimentación que determinan la posición lingual en la deglución, el patrón de deglución infantil, que se presenta desde el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, período durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior, y un patrón de deglución adulta que aparece con una erupción de los primeros dientes temporales (aproximadamente a los 8 meses de edad), en que la lengua irá adoptando en forma paulatina una nueva posición en la boca, contenida en la cavidad oral, la cual se mantendrá durante el resto de la vida.

La mantención de la deglución infantil después de erupcionar los dientes, se considera anormal y se puede detectar por los siguientes aspectos:

- a) Al pedirle al niño que trague saliva, frunce los labios y contrae los músculos de la mejilla haciendo una "mueca".
- b) Al separarse los labios y pedir al niño que trague, se podrá observar la interposición lingual entre ambas arcadas dentarias.

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

Para solucionar el problema de los malos hábitos bucales es necesario un trabajo en equipo que incluya a profesionales (dentista, pediatra, otorrinolaringólogo, psicólogo, fonoaudiólogo, enfermera, profesor) y padres. 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 las madres sobre la importancia de eliminarlos en forma temprana. Si ya existen alteraciones en la oclusión y/o el desarrollo dentó facial, los pediatras pueden observar algunos signos de estas malocclusiones y ayudar al odontólogo a interceptarlas.



1. ANTECEDENTES

Los hábitos bucales son de indudable causa. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional, etc.

1.1. Estudios Nacionales

Miranda Cruz realizó un estudio para determinar cual de los hábitos orales es el más frecuente en una población con niños de 5 a 13 años que acuden a la clínica de Iztacala en el Diplomado de Ortopedia Maxilar en el año 2003. Se revisaron 200 historias clínicas de las cuales 152 presentaron los hábitos orales de chupón en un 15%, onicofagia en un 28%, succión digital en un 10%, lingual en un 14% y labial en un 33%. En el estudio se encontró que el hábito oral más frecuente en esta muestra es la succión labial; de manera que la hipótesis formulada no es aceptada, ya que la bibliografía consultada decía que el hábito más común era la onicofagia y en esta población no fue así. La edad en que aparecen los hábitos orales con más frecuencia es a los 8 años.¹

La Dra. Gallegos, realizó un estudio en la clínica de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. con 35 niñas de entre 2 y 8 años de edad, del periodo que comprendió del 27 de febrero al 26 de marzo del 2003, que dió como resultado que la protusión lingual y la onicofagia se presentaron en un 5.71 % respectivamente, mientras que la succión digital, el bruxismo y el hábito de llevarse objetos a la boca estuvo presente en un 2.85%. La respiración bucal y el chuparse alguno de sus labios no se presentó. De éstas 35 niñas el 28 % no presentó ningún hábito bucodental. Cabe mencionar, que una de las niñas que se chupaba el dedo también se mordía las uñas.

En el total de la población del mismo estudio, se encontró que el 77% fue alimentado con pecho materno y el 23% con biberón. De las niñas que utilizaron biberón el 25 % presentó algún hábito. Se sospecha que este hábito fue producido por la falta de cariño que se produce con el contacto del pecho materno con la niña.²

La Dra. Ochoa, en su estudio "Factores e Indicadores de riesgo para caries en dentición primaria", con una población de 750 niños examinados de 2, 3 y 4 años de edad, nos muestra que en cuanto a succión digital encontramos que lo practican un 25% de la población en estudio, el hábito de onicofagia solo nos reporta que lo practican un 8.9% y un 7% en la succión de labio.



En el mismo estudio se reportó que el uso del chupón no presentó asociación significativa ($p=.144$) con el nivel de caries, un 15% que sí lo usó se encontraba libre de caries y el 32% que no lo usó presentó caries de leve a moderada. De la población total el 72.7% presentó algún tipo de hábito y de éstos el bruxismo se presentó en un 30.3%, seguido por la succión digital en un 25.7%. El 79.7% de los niños utilizaron el biberón después de los 2 años de edad.³

1.2. Estudios Internacionales

El estudio de los distintos tipos de hábitos orales en la población laboral de Carabineros de Chile, Prefectura Cautín, Temuco, nos demuestra que un 67,8% de la población encuestada presenta hábitos orales parafuncionales de algún tipo, y un 89% de la población presenta signos de bruxismo.⁴

La Dra. Gacitúa, presentó un estudio de prevalencia de anomalías dentomaxilares causadas por malos hábitos de niños de 6 a 9 años. Para lo cual se examinó a 177 niños y se determinó que el 87% de los niños presentaron algún mal hábito y que la distribución según sexo fue bastante homogénea (51% niñas, 49% niños). Además, el hábito más prevalente fue la interposición (28%), seguido por la deglución infantil (25%), succión (24%) y finalmente la respiración bucal (23%). Se observó que los niños con malos hábitos presentaron un mayor porcentaje de compresiones (29%), de mordidas abiertas (13%). Se vio que las mordidas abiertas estaban relacionadas en primer lugar con la respiración bucal (16%), en segundo lugar con la deglución infantil e interposición (14%) y en último lugar con la succión (10%). En cambio, las compresiones estuvieron relacionadas con valores similares para todos los malos hábitos analizados (30%).⁵

El Dr. Quirós Álvarez, realizó un estudio de las características de la oclusión de los niños. Dando como resultado que más del 60% de los niños que asisten a un jardín de niños en Venezuela presentaban algún tipo de hábito nocivo bucodental. Señalando que el hábito más frecuente fue respiración bucal y deglución atípica, seguidos en tercer lugar por los hábitos de succión digital y onicofagia.⁶

El Dr. Moita, realizó un estudio descriptivo a 26 preescolares de la ciudad de Camilo Cienfuegos, para conocer si eran portadores de maloclusiones, presentaban algunas miodisfunción, hábitos bucales deformantes y estética afectada. Mencionan que los hábitos bucales deformantes al comenzar el estudio fueron de un 46.1% y aplicaron la bioterapia que forma parte de la Educación Física, después de transcurrir los 3 cursos solo quedaban 5 niños con hábitos bucales deformantes.⁷



Asimismo, Andrianopoulos⁸ encuentra un descenso en la prevalencia con la edad. Observa que el hábito comienza principalmente en los cuatro primeros años, con una frecuencia del 97,2% en el recién nacido. Se reduce a un 58% a los cuatro años y a un 38,5% a los ocho. Sin embargo, refiere un aumento a los doce años (48,9%), que lo atribuye a una protrusión transitoria de la lengua hacia los espacios recientemente ocupados por los dientes temporales. La prevalencia a los dieciocho vuelve a ser menor con un 42,6%.⁸

Por otra parte, Ilzarbe destaca una mayor persistencia del hábito de interposición lingual en niños con deficiencia mental grave (20,8%), lo cual considera que puede ser debido a la peor coordinación motora que presentan estos pacientes.⁹

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DESARROLLO PSICOLÓGICO EN PREESCOLARES

El desarrollo psicológico de los niños preescolares es un proceso complejo, hay un lapso genético que se modifica por el medio ambiente en el cual crece. La interacción complicada entre la herencia y las numerosas presiones sociales que controlan a los niños han producido opiniones entre psicólogos sobre cuales son los factores básicos que controlan la vida emocional de los niños.¹⁰ La presencia de un hábito bucal en el niño de tres a seis años de edad es un dato importante del examen clínico.¹¹ En esta etapa es vital crear hábitos, despertar actitudes, apelar a su interés, mucho más que impartir conocimientos que por otro lado resultaría más duro y más difícil.

Es importante evitar los miedos y los temores gratuitos pues el niño de 6 años es impresionable y puede experimentar miedos nocturnos con más intensidad que a los 3 años, pues a esa edad no se tiene conocimiento del miedo.

La madurez y sus rasgos de personalidad, están sometidos a interferencias y demandas externas donde el adulto interviene, el ambiente puede ser variable y hasta cierto punto es controlado por nosotros.

Para Piaget, el niño de 6 años sigue inmerso en la etapa de la inteligencia verbal, dentro del pensamiento que llama intuitivo, es decir que se guía por sus sentimientos y acciones aprendidas ante cualquier problema.



Asimismo, Andrianopoulos⁸ encuentra un descenso en la prevalencia con la edad. Observa que el hábito comienza principalmente en los cuatro primeros años, con una frecuencia del 97,2% en el recién nacido. Se reduce a un 58% a los cuatro años y a un 38,5% a los ocho. Sin embargo, refiere un aumento a los doce años (48,9%), que lo atribuye a una protrusión transitoria de la lengua hacia los espacios recientemente ocupados por los dientes temporales. La prevalencia a los dieciocho vuelve a ser menor con un 42,6%.⁸

Por otra parte, Ilzarbe destaca una mayor persistencia del hábito de interposición lingual en niños con deficiencia mental grave (20,8%), lo cual considera que puede ser debido a la peor coordinación motora que presentan estos pacientes.⁹

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DESARROLLO PSICOLÓGICO EN PREESCOLARES

El desarrollo psicológico de los niños preescolares es un proceso complejo, hay un lapso genético que se modifica por el medio ambiente en el cual crece. La interacción complicada entre la herencia y las numerosas presiones sociales que controlan a los niños han producido opiniones entre psicólogos sobre cuales son los factores básicos que controlan la vida emocional de los niños.¹⁰ La presencia de un hábito bucal en el niño de tres a seis años de edad es un dato importante del examen clínico.¹¹ En esta etapa es vital crear hábitos, despertar actitudes, apelar a su interés, mucho más que impartir conocimientos que por otro lado resultaría más duro y más difícil.

Es importante evitar los miedos y los temores gratuitos pues el niño de 6 años es impresionable y puede experimentar miedos nocturnos con más intensidad que a los 3 años, pues a esa edad no se tiene conocimiento del miedo.

La madurez y sus rasgos de personalidad, están sometidos a interferencias y demandas externas donde el adulto interviene, el ambiente puede ser variable y hasta cierto punto es controlado por nosotros.

Para Piaget, el niño de 6 años sigue inmerso en la etapa de la inteligencia verbal, dentro del pensamiento que llama intuitivo, es decir que se guía por sus sentimientos y acciones aprendidas ante cualquier problema.



Para Wallon, los 6 años marcan el final del estadio del personalismo, comprendiendo el desarrollo físico, motor, del lenguaje, social y moral.

Otros síntomas que podrían ser indicativos de problemas personales serían: Síndrome Autista, Onicofagia ó síndromes tensionales de todo tipo, problemas cotidianos con la comida, tics y estados de hipermotilidad, mentira habitual o hurtos frecuentes, tristeza habitual, conducta agresiva, represión afectiva aparente, etc.

En general los 6 años no es una edad especialmente difícil, por ello Freud la engloba en el período de latencia o edad feliz; lo normal es ver al niño despreocupado, cariñoso, comunicativo y feliz.

La ansiedad infantil suele presentarse entre niños de 3 ó 3 y medio años de edad, hasta de 6 ó 6 y medio años y manifestarse de tal modo que le cause sufrimiento y problemas como el de morderse las uñas.¹²

A partir de los 6 años ó 6 años y medio podemos entender que el niño preescolar está listo para ingresar a la escolaridad donde se presenta la aceptación social de conducta y la madurez de los derechos y obligaciones.

2.2. HÁBITO

Los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.¹³

El hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ A cada repetición, el acto se forma menos consciente y si es repetido muy a menudo, será relegado a una acción del todo inconsciente.¹⁷

La persistencia de alguno de estos hábitos han sido asociadas a fijación en la evolución de la etapa oral psicosexual según el esquema de Freud,¹⁸ que repercutiría a mediano plazo en un cambio problemático de procesos psicofisiológicos de la oralidad, los cuales dependiendo de la duración intensidad y frecuencia, alterarán o dejarán indemnes las estructuras estomatológicas.¹⁹

El hábito también puede definirse como la costumbre práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.²⁰



Sorbe¹⁶ da otro concepto de hábito con una idea similar a la anterior: “es la manera metódica en la cual la mente y el cuerpo actúan con el resultado de una frecuente repetición de un conjunto definido de impulsos nerviosos”.

Rubinstein,²¹ en su libro Principios de Psicología General define el hábito como “un componente automatizado consciente del hambre que se elabora dentro del proceso de su ejecución”. Aunque en forma distinta, todas estas definiciones encierran una misma idea, por lo que resumiendo podemos establecer que un hábito es:

Un patrón de conducta fijado por repetición.

Una manera de actuar que se fija por el entrenamiento.

Una aptitud de ejecutar un acto sin control especial de la conciencia.

Los hábitos se caracterizan por:

- 1.- Formación de conexiones temporales que tienen una fijeza considerable. La primera operación arrastra a las demás. Entrenamiento.
- 2.- Rapidez. No se piensa la acción, no se tiene conciencia en el momento que se realiza. El automatismo no es total, se toma conciencia posteriormente.
- 3.- Eliminación de algunas operaciones.
- 4.- No hay tensión al actuar. Movimientos extraordinariamente ligeros y libres.
- 5.- Coordinación de movimientos entre si y con la vista.
- 6.- Ausencia de cansancio, gracias a la libertad, ligereza y coordinación de los movimientos.
- 7.- Las operaciones parciales pasan a formar un todo único.
- 8.- La percepción se hace exacta y diferenciada.
- 9.- Constancia y efectividad.
- 10.- Flexibilidad. Cambios dentro de límites determinados de la manera de actuar al variar las condiciones en que se ejecutan la acción.
- 11.- Gratificación reforzamiento positivo.
- 12.- Transferencia e interferencia. ²¹



2.3. CLASIFICACION DE HÁBITOS

Gómez Herrera²² agrupa a los hábitos de acuerdo a los diferentes tipos de manifestaciones que se presentan en el individuo por medio de actos rutinarios y que pueden ser considerados como normas de costumbres o propiamente como hábitos.

Los clasifica de la siguiente manera:

- A) Hábitos Generales: los que a su vez se dividen en Fisiológicos y Sociales.
- B) Hábitos Orales: son definidos como vías de desfogue emocional y de equilibrio de estado de ansiedad.

Según Gómez Herrera los hábitos más comunes y más frecuentemente observados en los niños:

- Succión de Digital.
- Bruxismo.
- Onicofagia ²²

Aunque además tenemos otros hábitos que aunque no se mencionan dentro de los más frecuentes son de igual importancia, ya que también llegan a ocasionar alteraciones en el sistema estomatognático, los cuales son;

- Hábito de Chupón.
- Respiración Bucal.
- Hábito de Biberón.
- Interposición Lingual.
- Hábitos Labiales.
 - o Succión Labial.
 - o Morderse el Labio.

Otra clasificación de hábitos:

“Hábitos perjudiciales para los dientes durante la infancia”.

Hábitos que alteran los tejidos duros o provocan maloclusión

- *Succión digital
- *Succión labial
- *Succión del Chupón
- *Bruxismo
- *Respiración bucal

Hábitos que producen patología de la mucosa oral

- *Mordisqueamiento



- *Hábitos automutilantes
- *Respiración oral²³

2.4 DESCRIPCIÓN DE LOS HÁBITOS BUCALES NOCIVOS

2.4.1 SUCCION DIGITAL

La succión digital es un hábito muy frecuente, que se inicia durante el primer año de vida del niño y continúa hasta aproximadamente los tres o cuatro años de edad. Cuando este hábito persiste más allá de estas edades se considera como un signo de ansiedad o inestabilidad ó un deseo de llamar la atención, que puede tener repercusiones tanto en el entorno social del niño como a nivel orgánico, pudiendo producir modificaciones en la posición de los dientes y en la relación de las arcadas dentarias.

Pueden succionar uno o más dedos, aunque lo más frecuente es la succión del pulgar, apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, y dirigiendo la uña hacia el piso de la boca mientras que la parte ungüel se apoya sobre los incisivos superiores. En cuanto a la mano, no existe predilección por ninguna de las dos en concreto y cualquiera puede ser la favorita.

Las alteraciones a nivel orgánico pueden ser deformidades de los dedos que se succionan y además puede repercutir en la posición de los dientes, en la forma de las arcadas y como consecuencia sobre las relaciones intermaxilares, pudiendo dar lugar todo ello a alteraciones en la masticación, el habla y la estética del niño. Esto puede dar lugar a una mordida abierta anterior, más pronunciada en el lado donde se succiona el dedo, y también a un paladar estrecho por la presión del músculo buccinador (mejillas). A nivel social la succión digital puede interferir en la relación del niño, ya que a veces puede ser motivo de crítica, rechazo o incluso de castigo.

Los efectos de la succión digital van a estar en función de la duración del hábito, ya que si se elimina antes de los tres años los efectos son mínimos y desaparecen espontáneamente. También dependen de la frecuencia con la que el niño se chupa el dedo, de la intensidad del hábito y de la posición del dedo.

Muchas veces, este hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseo de llamar la atención.²⁴



La succión digital también llamada “succión digital no nutritiva” es practicada por muchos niños por una variedad de razones; los psicólogos del desarrollo mencionan una serie de teorías para explicarla, entre las que destacan: teoría Freudiana, teoría de la actividad de succión inadecuada y la teoría del impulso de Sears y Wise.²⁵

La época de aparición del hábito de succión digital tiene importancia. Los que aparecen durante las primeras semanas de vida, están típicamente relacionados con problemas de la lactancia. El neonato seguramente todavía no está comprometido en problemas de rivalidad con los hermanos, y sus inseguridades se relacionan con demandas tan primitivas como el hambre, algunos niños lo hacen hasta que se usa como dispositivo durante la erupción difícil de un molar primario. Aún más tarde, algunos niños usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar gozando en regresar a un patrón de conducta infantil.¹³

No todos los bebés tienen el mismo instinto de succión, algunos empiezan a chuparse el dedo desde el momento en que nacen, o incluso antes (desde que están en el útero) mientras que otros nunca llegan a hacerlo.

Por lo general, la mayoría de los niños dejan este hábito sin ayuda entre los 2 y los 4 años, por lo que no debe preocuparse a menos que la succión:

- Sea muy intensa
- Se prolongue por muchas horas en el día
- Se prolongue toda la noche y no sólo mientras concilia el sueño.
- Haya provocado cambios en la posición de los dientes, la boca o los labios.

¿Cuáles son los efectos negativos de chuparse el dedo?

- La fuerza muscular requerida para hacerlo puede llegar a modificar la forma de la boca y la posición de los dientes y los labios.
- Un hábito prolongado puede propiciar una deformación en el paladar, trastornos al deglutir y callosidades en el dedo.
- Si el hábito continúa cuando empiezan a brotar los dientes frontales permanentes, alterará el posicionamiento de los mismos.
- De acuerdo con la Asociación Dental de los Estados Unidos, la edad en la que un niño debería descontinuar este hábito es a los 2 años de edad, ya que si continúa chupándose el dedo incrementa el riesgo de desarrollar problemas en la mandíbula.
- En algunos casos el niño puede presentar problemas de lenguaje.¹²



Tratamiento:

En cuanto al tratamiento es importante eliminar el hábito de forma eficaz y temprana, ya que de esta forma las alteraciones que se hayan podido producir como consecuencia del mismo tenderán a desaparecer espontáneamente. Pero además debemos averiguar la causa de ese hábito para poder prevenir una recidiva.

- En los niños de preescolar nos podemos ayudar por medio de aparatos bucales si persiste el hábito, podemos colocar una rejilla lingual fija o removible según el grado de cooperación que esperemos del niño (esta rejilla evita que el niño pueda meter el dedo en la boca).²³



Fig. (1)

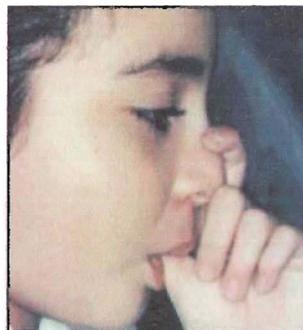


Fig. (2)



Fig. (3)



Fig. (4)



Fig. (5)

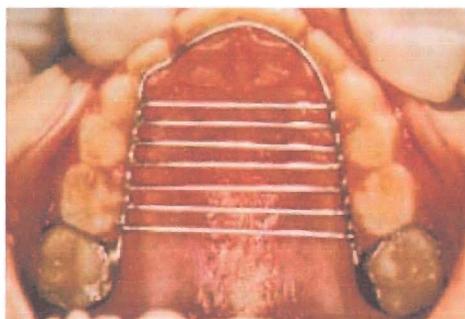


Fig. (6)



Fig 1 Adaptación de la musculatura bucal y facial a la succión del pulgar .Puede observarse la malposición de la lengua, mandíbula y músculos que rodean la boca.¹³

Fig 2 Paciente de cinco años y medio con hábito de succión digital²⁶

Fig 3 Aspecto intrabucal donde se aprecia la mordida abierta ocasionada por el hábito de succión digital.²⁷

Fig 4 Aspecto del pulgar de dicho paciente donde se observa callosidad y herida abierta, producida por el roce con incisivos inferiores.²⁷

Fig 5 Calendario propuesto por Cipes donde el niño debe colocar una estrella cuando no succiona su dedo. Una vez conseguidas siete seguidas, se canjean por un premio acordado.²⁸

Fig 6 Método intrabucal para ayudar a restringir el hábito de succión digital. El paciente siente interrumpido el feedback sensorial al introducir el dedo y encontrar la parrilla palatina²⁷

2.4.2. BRUXISMO

El bruxismo es una actividad parafuncional diurna y/o nocturna^{29,11} en la que existe un hábito de apretamiento, rechinar, o ambos,^{9,23} roces abrasivos de las arcadas dentarias. Se produce de manera inconsciente y fuera de los movimientos funcionales de la masticación y la deglución.²³ Los dientes los frota tanto en posición céntrica como excéntrica.

Es un hábito por el cual los dientes son apretados o rechinados en forma rítmica, espasmódica, no funcional. Es observado muchas veces en individuos por lo demás sanos, siendo desencadenado por algún factor. Se lleva habitualmente a cabo durante el sueño, y es causa frecuente de trauma de la oclusión.

Se cree que está estrechamente vinculado con agresiones reprimidas, tensiones emocionales, miedo, enojo y en modo especial, la frustración. Las interferencias oclusales son un factor etiológico de suma importancia. El tono de los músculos mandibulares está siempre aumentado. Produce a veces severos: trastornos periodontales, maloclusión, cefaleas, trastornos de ATM, dolor Cuando tiene lugar durante el día, se le llama bruxomanía.¹⁵

El bruxismo puede estar producido por factores sistémicos como los parásitos intestinales, deficiencias nutricionales, alergias, trastornos endocrinos, maloclusión; o por factores psicológicos como el estrés. Los niños que "rechinan" los dientes, generalmente dejan de hacerlo durante la adolescencia. En ciertos casos el bruxismo se relaciona con el desarrollo de los niños; algunos rechinan los dientes porque las piezas superiores e inferiores no se encuentran alineadas de forma adecuada. Otros lo hacen como reacción a un dolor de oídos o al dolor provocado por el brote de un nuevo diente. El bruxismo es común en los niños hiperactivos.



Tratamiento:

Puede ser a nivel odontológico y a nivel conductual, ó combinando ambos. En el tratamiento odontológico se busca la manera de tratar aquellas alteraciones que hemos dicho produce el bruxismo y en el tratamiento conductual se trata de eliminar el hábito por ejemplo con técnicas de relajación.²³

Ya sea que la causa sea física o psicológica, es importante que el niño se relaje antes de dormir. Un baño tibio, música clásica o que le cuenten un cuento puede contribuir a lograrlo.¹²

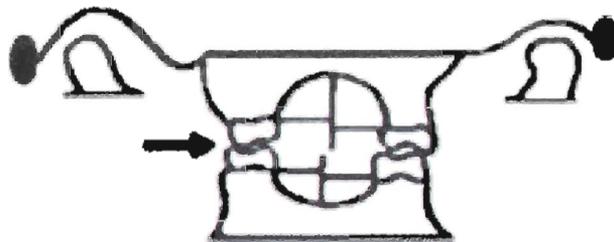


Fig. (7)



Fig. (8)

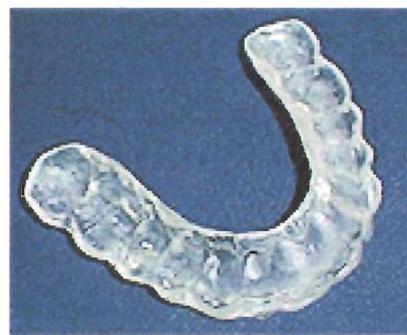


Fig. (9)

Fig (7) Aquí se observa un movimiento de lateralidad que es frecuente en el paciente bruxista.³⁰

Fig. (8) Paciente con bruxismo³¹

Fig. (9) Guarda oclusal utilizada para el tratamiento del bruxismo³¹

2.4.3. ONICOFAGIA

La onicofagia, del griego *onyx* –uña y *phagein* – comer, se define como una costumbre de roerse las uñas con los dientes,¹⁵ pudiendo provocar heridas en los dedos, labios y encías así como de diversas infecciones. Representa a



veces una costumbre viciosa contraída desde pequeños, niños nerviosos, tensos, con mucha frecuencia muestran este hábito, y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, que sólo es un síntoma de su problema básico.^{13,32}

La mordedura de uñas es un ejemplo cotidiano y común de hábitos pautados del desarrollo. Suele considerarse reacción automática que puede manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Generalmente los afectados se muerden todas la uñas. La incidencia de la onicofagia es excepcionalmente elevada.³³

La génesis de la mordedura de uñas asume que la mayoría de los afectados presentan la consecuencia de un comportamiento que no se extinguió convenientemente en su momento a los dos o tres años, cuando el niño se chupaba el dedo.³⁴

El comerse las uñas es considerado un hábito patológico que incluye negativamente en la estética de las manos, boca y dientes.³⁵

Tratamiento:

Han sido empleados los siguientes métodos: impregnación en los dedos con sustancias amargas, capuchones de dedos, entablillamiento del pulgar o del codo.³⁴

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.^{36, 37} le adjudica una tasa de éxito entre 80 y 85%. Anteriormente ha sido utilizada la farmacoterapia, terapias aversivas, autodominio, prácticas negativas.³⁷



Fig. (10)



Fig. (11)

Fig. (10) Paciente efectuando el hábito de onicofagia.³⁵

Fig. (11) Desgaste incisal a causa de la onicofagia.³⁵



Fig. (12)



Fig. (13)



Fig. (14)

Fig. (12) Paciente efectuando el hábito con más de un dedo.²²

Fig. (13) Realización del hábito de onicofagia por un menor en edad preescolar.¹

Fig. (14) Estado de los dedos por el hábito de onicofagia.³⁵

2.4.4. HÁBITO DE CHUPÓN

La succión es un reflejo natural que los bebés efectúan desde el vientre, a la mayoría de los niños, el succionar los tranquiliza y les da seguridad.

Por lo regular los niños dejan de succionar por sí mismos alrededor de los 4 ó 5 años de edad. En la mayoría de los casos la mandíbula o el maxilar no se dañan y el crecimiento de los dientes es normal. Sin embargo, para algunos niños es difícil romper con el hábito de succión. Los niños que siguen con el chupón, cuando aparecen los dientes permanentes son más propensos a tener problemas dentales.

El daño se determina por la intensidad, frecuencia y duración con la que el niño succiona. Un niño que pasa casi todo el día con el chupón succionándolo fuertemente, que hasta se escucha, probablemente tenga mas daño que un niño que se queda dormido mientras succiona su pulgar o un dedo más tranquilamente.



Los niños manejan el stress en diferentes maneras. Algunos niños de mayor edad, tal como los bebés y los niños pequeños encuentran que succionar los tranquiliza. Para poder ayudar a un niño mayor a dejar el hábito de succión, es importante averiguar por qué lo esta haciendo. ¿Por qué tipo de situación de estrés esta pasando?. Los factores sociales y familiares pueden afectar al niño. ¿Sí existe alguna situación de estrés en la casa o en la escuela? Algunos niños succionan por llamar la atención, aunque sea una atención negativa. Usualmente cuando un padre sabe el por qué el niño succiona, puede enfocar la situación y corregirla. Cuando el factor de estrés desaparece, es más sencillo que el niño deje el hábito.³⁸

Durante la dentición primaria el uso continuado del chupón puede producir alteraciones dentales. Produce mordida abierta anterior y también paladar más estrecho con mordida cruzada posterior por un incremento de la actividad de la musculatura de las mejillas y por desplazamiento de la lengua hacia detrás y hacia abajo, que hace que disminuya el soporte y la presión lingual a nivel de caninos y molares temporales.²³

Tratamiento:

Para los niños mayores que continúan con el hábito, hay que ver que es lo que les esta molestando, ayudarlos a resolver los factores de estrés para que así ya no tengan la necesidad de succionar. Recuerde, que el succionar ayuda a los niños a tratar emocionalmente con muchos asuntos complejos. Es mucho más sencillo arreglar problemas dentales que curar una mente dañada.

- Es más sencillo que un niño deje el chupón que el pulgar, ya que simplemente los padres se pueden deshacer de él. Usted no puede hacer eso con el pulgar.³⁸



Fig. (15)



Fig. (16)

Fig. (15) Mordida abierta ocasionada por el chupón.³⁹
Fig. (16) Hábito del chupón.³⁹



2.4.5. RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración bucal se ha asociado siempre a la obstrucción de las vías respiratorias altas: bien por vegetaciones adenoideas, rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas, desviación del tabique nasal, pólipos o procesos tumorales.

Como consecuencia de estas enfermedades el niño no puede respirar normalmente por las fosas nasales y se ve obligado a mantener continuamente abierta la boca, con lo que se rompe el equilibrio bucal y las fuerzas musculares entran a actuar de una forma patológica, de manera que los incisivos superiores se inclinan hacia delante y el maxilar inferior se coloca hacia abajo y hacia atrás, por estar el niño con la boca abierta, también el labio superior está hipotónico (blando) y el inferior se suele colocar entre los incisivos superiores e inferiores. Cuando le pides al niño que cierre la boca, se aprecia una contracción muscular forzada para conseguirlo.

Es importante el examen para observar si el paciente tiene aspecto típico de un respirador bucal, retrognatismo total inferior y distoclusión de toda la arcada inferior, hiperoclusión de los incisivos inferiores, vestíbulo-unión de los incisivos superiores.⁴⁰

El hecho de que la respiración bucal pueda ser considerada un hábito o una enfermedad tiene importancia, ya que una vez eliminado el problema que impide al niño respirar por la nariz, el niño continúa respirando por la boca si no se le ejercita la respiración nasal por tratamiento. En cuanto al tratamiento lo importante es controlar el hábito en estos niños. Para ello se liberarán las vías aéreas nasales y se le enseñara al niño a respirar utilizando la vía nasal con la boca cerrada y los labios juntos y relajados. Durante el sueño se les puede ayudar mediante el cierre de la boca con una cinta microporo antialérgica de banda ancha al que se le realizará una perforación para que esta obstrucción no aterrice al niño. Las repercusiones dentales se deberán tratar con tratamiento ortodóntico.⁴¹

El respirador bucal tiene algunas características básicas que permiten su diagnóstico de forma tanto por profesionales como por familiares en la mayoría de los casos, estas son: ojeras, dormir con boca abierta, ojos cansados y sin brillo, paladar profundo, arcada dentaria superior estrecha, labio superior corto y normalmente mostrando los dientes, incisivos vestibulares, escaso desarrollo de tórax, amígdalas grandes, adenoides grandes, escoliosis, pie plano, deglución atípica, succión digital, ronquidos, disminución de la capacidad intelectual.⁴¹



Fig. (17)

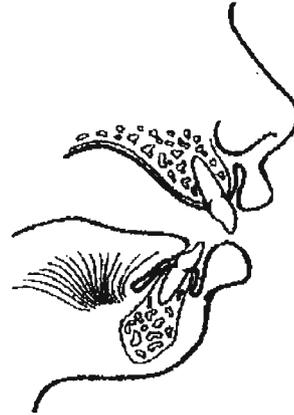


Fig. (18)



Fig. (19)

Fig. (17) Paciente con respiración bucal visto de frente ⁴²
Fig. (18-19) Perfil del respirador bucal ⁴²

2.4.6. HÁBITO DE BIBERÓN

Después de los 2 años el uso inadecuado del biberón, puede causar hábito y este a su vez causar caries rampante, la cual es capaz de destruir parcial o totalmente la primera dentición hasta en dos semanas. ⁴³

El uso prolongado del biberón después de obtener la dentadura temporal (es decir dientes de leche) ha sido involucrado con trastornos de desarrollo esquelético, sin embargo, no hay asociación clara entre crecimiento de arcos y modo de alimentación.

Tomando en cuenta el desarrollo psicológico de los preescolares, el hábito del biberón es frecuente puesto que es el vínculo inicial con su madre y la sociedad, este hábito les produce la sensación de seguridad y protección por ello en cuanto se enfrentan a los diferentes problemas de adaptación al



mundo escolar, a las situaciones familiares así como situaciones que pongan en peligro su entorno recurren a la succión del biberón.⁴⁴



Fig. (20)

Fig. (20) Paciente con hábito de biberón⁴⁴

2.4.7. INTERPOSICIÓN LINGUAL

Hábito nocivo que se inicia con la deglución anormal, caracterizado por la introducción de la punta de la lengua entre los arcos dentarios en el acto de la deglución. Determina hipoclusión y vestibuloversión de los incisivos.

Para ayudar a corregir tempranamente este hábito se puede recurrir a un apartado retenido por bandas o coronas en molares de anclaje, llevando soldada una pequeña barra o rejilla para impedir la protrusión de la lengua entre los incisivos, sin interferir la oclusión de éstos.

Los movimientos llevados a cabo con la lengua, sea consiente o inconsciente, sin que ello obedezca a propósitos útiles y pudiendo llegar a originar maloclusión o trastornos.¹⁵

Subtelny considera la interposición lingual como el hábito oral más frecuente atribuyéndole una prevalencia del 50% a los seis o siete años y de menos del 25% a los dieciséis o dieciocho. Esta disminución con la edad se explica por el crecimiento; desaparece la macroglosia relativa y la lengua puede ser contenida entre las arcadas dentarias.⁴⁵



Fig. (21)

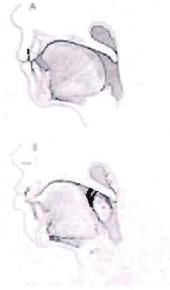


Fig. (22)



Fig. (23)



Fig. (24)

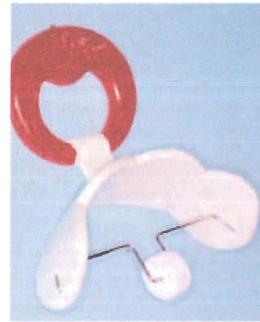


Fig. (25)

Fig. (21) Hábito de lengua³⁹

Fig. (22) 1 Esquema de la posición lingual en la deglución normal. 2: Situación de la lengua durante una deglución anormal por la presencia de amígdalas hipertroficadas.¹³

Fig. (23) Paciente efecto de deficiencia mental en el que se observa la falta de sellado labial.⁴⁶

Fig. (24) Paciente de cuatro años de edad con hábito de protrusión lingual ocasionado por la pérdida prematura de incisivos temporales.⁴⁶

Fig. (25) Pantalla oral con dispositivo intraoral que ayuda al posicionamiento lingual correcto y permite la realización de ejercicios para recordar al niño dicha posición.⁴⁶

2.4.8. HÁBITOS LABIALES

Las observaciones más frecuentes en la succión labial y la mordedura de labio es el labio inferior remetido por detrás de los incisivos superiores.¹¹

2.4.8.1. SUCCIÓN LABIAL

Lo más frecuente es que el niño interponga el labio inferior de forma repetida entre los incisivos superiores e inferiores, dando como resultado una mayor inclinación de los incisivos superiores hacia delante e inclinación de los incisivos inferiores hacia atrás. También dan como resultado una mordida abierta anterior (no contacto vertical entre los incisivos superiores e inferiores).²³



Tratamiento:

Para conseguir que el niño deje de interponer el labio inferior entre los incisivos se pueden utilizar una serie de aparatos como una pantalla vestibular, que no es más que una lámina de resina acrílica colocada por detrás de los labios desde la parte superior hasta la inferior. Es muy efectivo para rehabilitar la función labial ó eliminar el hábito de succión del labio inferior. También existe el arco labial o paralabios que es un aparato fijo que también consigue evitar la interposición del labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores y además alivia la presión del músculo buccinador y el labio inferior sobre la dentición.²³



Fig. (26)

Fig. (26) Niño efectuando succión labial²⁶

2.4.8.2. MORDERSE EL LABIO

Hábito lesivo de morderse compulsivamente el propio labio. Reconoce alguna variedad de trastorno anímico. Origina lesiones en los tejidos blandos del labio, anomalías de posición dentarias, predisposición a la oclusión traumática.¹⁵

Se trata de un mordisqueo continuo de la mucosa de la parte interior de las mejillas, aunque también se puede observar en los bordes de la lengua y mucosa del labio inferior. No da sintomatología y a la inspección aparecen unas zonas blanquecinas que pueden producir ulceraciones.²³

Hábito nocivo de ubicar uno de los labios entre los arcos dentarios. Determina a largo plazo detenciones en el desarrollo de la estructura ósea en las áreas correspondientes y altera la normal relación entre los maxilares y los dientes e ese nivel.¹⁵



Consiste en que el labio presione sobre los dientes de arriba, obligándolos a salirse de su posición normal, mientras que la parte de atrás del labio hace presión sobre los dientes inferiores y los hunde hacia atrás. Muchas veces, los dientes superiores y los inferiores, se ponen en contacto en una relación distinta a la que la mayoría de las personas poseen normalmente. Las causas pueden ser caries, enfermedad periodontal ó los malos hábitos orales. La articulación que mueve a la mandíbula trabajará en estos casos, de manera forzada y se inflamará dando lugar a unos síntomas que a menudo ni el paciente ni el médico atribuyen a la dentadura. Esta sintomatología consiste en ruidos al abrir o cerrar la boca, dolores de cabeza, dolores de cuello y zumbidos de oídos, entre otros.

Tratamiento:

La debemos de explicar al niño que debe evitar el mordisqueamiento o colocar unos dispositivos dentro de la boca que separen las mejillas y no dejen que se las muerda.²³



Fig. (27)

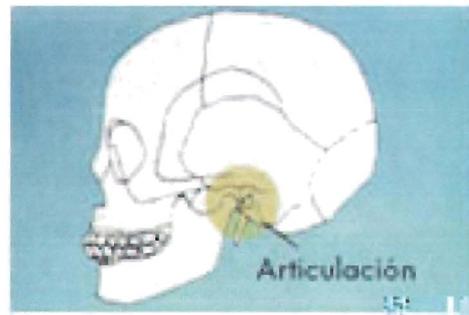


Fig. (28)

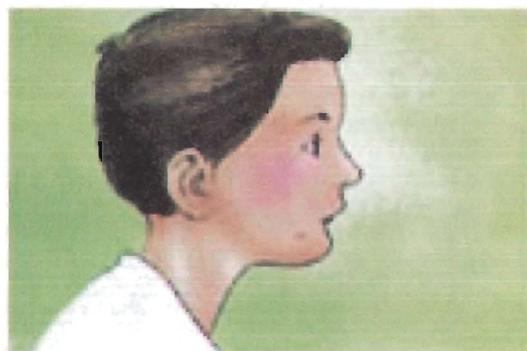


Fig. (29)

Fig. (27) Hábito de mordisquear el labio³⁹

Fig. (28) Esquema óseo de la articulación en el hábito de mordisquear el labio³⁹

Fig. (29) Paciente de perfil que padece el hábito de mordisquear el labio



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son de riesgo de vida pero, su prevalencia e incidencia, son consideradas problemas de salud pública. Las maloclusiones según la OMS ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal. Los diferentes estudios internacionales y nacionales reflejan una frecuencia de maloclusiones en un porcentaje del 70 al 80%. Los problemas más frecuentes por falta de prevención son caries, succión de dedo, labio, lengua y morder las uñas, defectos congénitos y problemas de lenguaje.

En la actualidad los hábitos bucales nocivos en el menor se presentan a más temprana edad, desapareciendo a veces hasta la adolescencia, teniendo como resultado alteraciones bucodentales muy severas y a veces irreversibles.

Uno de los hábitos bucales más dañinos es la succión digital común en la infancia y que se considera normal hasta la edad de 3 años. En algunos países la incidencia de este hábito puede llegar al 90% aunque lo normal en los países occidentales es que afecte al 15-45% de los niños.

Generalmente entre los efectos negativos de los hábitos bucales nocivos podemos señalar trastornos en el lenguaje, alteraciones de la oclusión, en el desarrollo físico, problemas en la masticación, alteraciones emocionales. Un grave problema es que la atención para este tipo de problemas no es fácil que se lleve a cabo en Instituciones de salud sino que esta atención es a nivel privado lo que hace que solo esté al alcance de un sector de la población.

Otro factor que contribuye al aumento de estos hábitos es la alta proporción de madres que en la actualidad deben de trabajar fuera del hogar teniendo que permanecer el menor al cuidado de personas inexpertas o en instituciones donde el personal no está preparado para detectar estos hábitos a tiempo y muy lejos de poder proporcionar el tratamiento adecuado. Por todo lo anterior expuesto considero de vital importancia el trabajo de esta tesina.



4. JUSTIFICACIÓN

En México los hábitos bucales son de gran importancia debido a la alta incidencia de maloclusiones, el odontólogo debe estar bien preparado y tener dominio sobre ellas, para reconocerlas y saber tratarlas.

Una atención cuidadosa, tanto de los padres como del médico favorece un sano desarrollo durante la adolescencia y edad adulta. Es muy importante recordar, sobre todo a los padres, que los hábitos bucales nocivos son una enfermedad en donde el desarrollo de la oclusión se puede ver afectada, de aquí la importancia de controlar la cantidad de tiempo y frecuencia en el que el niño está expuesto al hábito.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio comparativo de los hábitos bucales nocivos en preescolares de una escuela pública y una privada de la delegación Cuauhtémoc. 2005

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar la frecuencia de hábitos bucales nocivos entre una escuela pública y una privada de la población de estudio.

Obtener la proporción de niños que presentan hábitos bucales nocivos.

Determinar si existe asociación entre hábitos bucales nocivos y las siguientes variables: edad, sexo, grado de preescolar, escolaridad y ocupación de los padres e ingreso familiar.

Determinar la prevalencia de los siguientes hábitos bucales nocivos como son: succión digital, bruxismo, onicofagia, uso de chupón, respirador bucal, interposición lingual, succión labial, si se muerde alguno de los labios superior o inferior.

Conocer la presencia de uno ó más hábitos de los niños en estudio.



6. METODOLOGÍA

6.1. MATERIAL Y MÉTODO

Se hizo una visita informal para conocer a los preescolares y preguntar el nombre de la directora y del kinder y de este modo poder platicar de lo que se pretendía hacer y poner fecha para realizar las encuestas a los padres que llevan a sus hijos al preescolar.

Posteriormente una semana antes se llevó el documento formal a cada una de las directoras y se les pidió informar a los padres sobre el cuestionario para que tomen su tiempo, una vez realizadas las encuestas se midieron las variables como, de edad sexo grado de preescolar, escolaridad y ocupación de los padres, ingreso familiar así como el tipo de hábito presente.

6.2. TIPO DE ESTUDIO

Tipo de diseño: Descriptivo y de tipo transversal analítico.⁴⁷

6.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo estuvo constituido por 120 niños y niñas de edad preescolar, entre 3 y 6 años, 60 niños que acuden a escuela pública y 60 de escuela privada de la delegación Cuauhtémoc en el año 2005.

6.4. MUESTRA

60 niños y niñas de preescolar de entre 3 a 6 años de una escuela pública y 60 niños y niñas de una escuela privada de la delegación Cuauhtémoc.

6.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños y niñas de preescolar de escuela pública
Niños y niñas de preescolar de escuela privada
Niños y niñas que si hayan asistido a clases el día de la encuesta



6.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños y niñas que no asistan a preescolar

Niños y niñas que asistan a preescolar pero que no sean de la delegación Cuauhtémoc.

Niños cuyos padres no contestaron el cuestionario.

6.7. VARIABLES EN ESTUDIO

- 1.- Escuela del niño(a)
- 2.- Sexo
- 3.- Edad
- 4.- Grado de preescolar
- 5.- Grado de escolaridad de los padres
- 6.- Ocupación de los padres
- 7.- Ingreso familiar mensual
- 8.- Succión digital
- 9.- Bruxismo
- 10.- Onicofagia
- 11.- Usa chupón
- 12.- Respiración oral
- 13.- Utilizo biberón después de los 2 años
- 15.- Interposición lingual
- 16.- Succión labial superior o inferior
- 17.- Morderse el labio superior o inferior

6.8. VARIABLES INDEPENDIENTES

Sexo.

Edad.

Grado de escolaridad del niño.

Grado de escolaridad de la madre.

Grado de escolaridad del padre.

Ocupación de la madre.

Ocupación del padre.

Ingreso familiar mensual.

6.9. VARIABLE DEPENDIENTE

Presencia de hábitos nocivos bucales



6.10. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

6.10.1 DEMOGRÁFICAS

Variable: Sexo

Definición operacional: características fenotípicas del hombre y la mujer

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Masculino
2. Femenino.

Variable: Edad

Definición operacional: Número de años cumplidos

Escala de medición: Cuantitativa absoluta

Indicador: Valores en número de años cumplidos

6.10.2. SOCIOECONÓMICAS

Variable: Escolaridad del niño(a)

Definición operacional: Grado de preescolar que esta cursando

Escala de medición: Cualitativa ordinal

Indicador:

- 1º año
- 2º año
- 3º año

Variable: Escolaridad del padre y la madre

Definición operacional: Grado máximo de estudios

Escala de medición: Cualitativa ordinal

Indicador:

1. Alfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Preparatoria/Técnico
5. Profesional
6. Postgrado



Variable: Ocupación del padre y de la madre

Definición operacional: Actividad económica que realizan los padres

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Hogar
2. Obrero
3. Comerciante
4. Chofer
5. Empleado
6. Técnico
7. Profesionista

Variable: Ingreso familiar mensual

Definición operacional: Ingresos percibidos por salario mínimo en la familia

Escala de medición: Cualitativa ordinal

Indicador:

Grupo: 1.- 1100 a 2500

2.- 2601 a 4000

3.- 4001 a 8000

4.- 8001 a 15000

6.10.3. HÁBITOS BUCALES NOCIVOS

Variable: Succión digital

Definición operacional: Si el niño(a) repetidamente ha succionado cualquiera de sus dedos

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Sí
2. No

Variable: Bruxismo

Definición operacional: Si el niño(a) rechina o ha rechinado sus dientes ya sea en el día o por las noches.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Sí
2. No



Variable: Onicofagia

Definición operacional: Si el niño(a) de forma habitual mordisquea sus uñas

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Sí
2. No

Variable: Uso de chupón

Definición operacional: Si el niño(a) utilizó el chupón después de los 24 meses de edad.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Sí
2. No

Variable: Uso prolongado de biberón

Definición operacional: Cuando el niño(a) utilizó el biberón después de los 24 meses de edad.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Sí
2. No

Variable: Hábito de respiración bucal

Definición operacional: Cuando el niño(a) mantiene la boca abierta mucho tiempo ó respira por la boca

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Sí
2. No

Variable: Interposición lingual

Definición operacional: Cuando el niño(a) coloca su lengua entre los dientes

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Sí
2. No



Variable: Succión labial

Definición operacional: Si el niño(a) de manera frecuente se chupa cualquiera de sus labios.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Sí
2. No

Variable: Cual labio se chupa el niño(a)

Definición operacional: Si el niño(a) de manera frecuente se chupa el labio superior o el inferior.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Superior
2. Inferior

Variable: Morder el labio

Definición operacional: Si el niño(a) de manera frecuente muerde cualquiera de sus labios.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Sí
2. No

Variable: Cual labio se muerde el niño(a)

Definición operacional: Si el niño(a) de manera frecuente se muerde el labio superior o el inferior.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Superior
2. Inferior



6.11. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Esta medición se realizó por medio del llenado de cuestionarios (anexo1) para posteriormente vaciar esta información a una tabla para separar los hábitos que tiene cada paciente de acuerdo a su edad. Todas nuestras variables fueron graficadas en porcentajes para obtener un resultado fidedigno y saber que hábito es el más frecuente. Posteriormente con la información obtenida se obtuvo las conclusiones y se logró los objetivos de esta tesina.

Se llevaron a cabo entrevistas con las directoras de los preescolares de la delegación Cuauhtémoc para solicitarles su apoyo para el proyecto así como los horarios y el día para levantar las encuestas.

1 Se diseñó un cuestionario

I Información sociodemográfica y económica

En este apartado las preguntas se le hicieron a la madre del niño por medio de un cuestionario, el cual lo aplicó la responsable del proyecto, anotando en el formato las respuestas, se incluían datos como nombre, edad, sexo, domicilio, escolaridad y ocupación de los padres, ingreso familiar.

II Hábitos orales

El cuestionario incluyó preguntas acerca de los siguientes hábitos.

- Succión de Digital.
- Bruxismo.
- Onicofagia
- Hábito de Chupón.
- Respiración Bucal.
- Hábito de Biberón.
- Interposición Lingual.
- Hábitos Labiales.
 - o Succión Labial.
 - o Morderse el Labio.

De acuerdo con los horarios señalados se realizó el estudio por las mañanas en los preescolares de la delegación Cuauhtémoc.



La selección de los niños se hizo de manera aleatoria, en el salón de clases conforme llegaban los padres a dejar a los niños se les preguntaba si podían contestar un cuestionario para la realización de un estudio.

Para la realización del cuestionario el responsable se presentó con bata blanca, a las madres se les entrevistó en la salón de clases tratando de que estuvieran cómodas, se les explicó el objetivo del proyecto, haciéndoles saber que solo era responder algunas preguntas.

Los datos se registraron en el cuestionario previamente foliado para cada niño participante.

6.12. RECURSOS

6.12.1 HUMANOS

- 1 Directora de tesina
- 1 Asesor de tesina
- 1 Pasante de carrera de cirujano dentista
- 2 Directoras, (preescolar particular, preescolar público)
- Padres de los niños encuestados

6.12.2 MATERIALES

- Cuestionarios
- Lápices
- Computadora
- Impresora
- Una tarjeta de USB de 64 MB
- Programas Word, PowerPoint, SPSS v12, Excel

6.12.3 FINANCIEROS

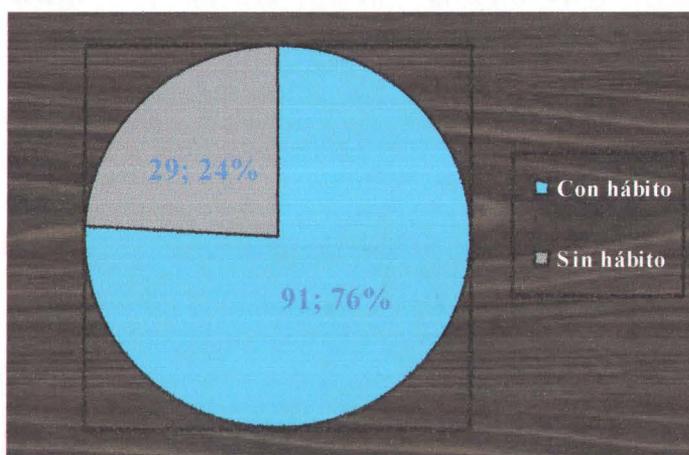
A cargo del tesista.



7.-RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE LOS HÁBITOS BUCALES NOCIVOS EN EL GRUPO DE ESTUDIO

Gráfica 1 y Tabla 1. De la población total el 76% presentó algún tipo de hábito bucal nocivo.



Gráfica. 1

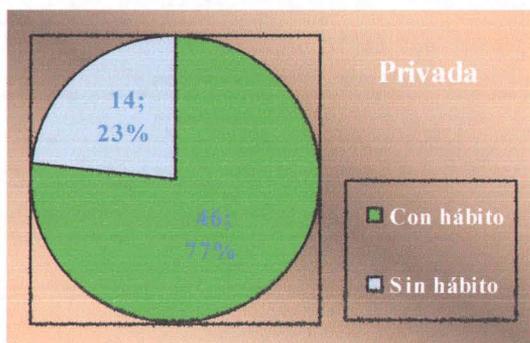
Fuente directa

| | | Población total de la encuesta | | |
|-----------------|---------|--------------------------------|----|-------|
| | | Si | No | Total |
| Tipo de escuela | Privada | 46 | 14 | 60 |
| | Pública | 45 | 15 | 60 |
| Total | | 91 | 29 | 120 |

Tabla 1

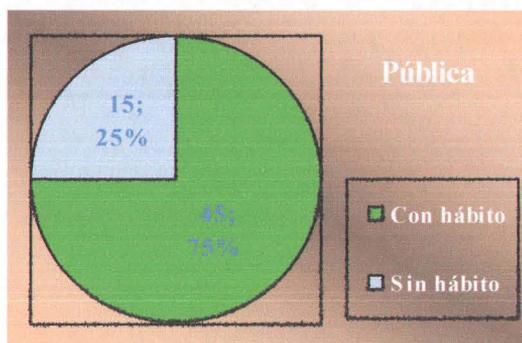
Fuente directa

Gráfica 2 y 3. Por tipo de escuela encontramos que en la escuela privada el 77% tiene algún tipo de hábito bucal nocivo mientras que en la escuela pública el 75% presentan algún hábito.



Grafica. 2

Fuente directa

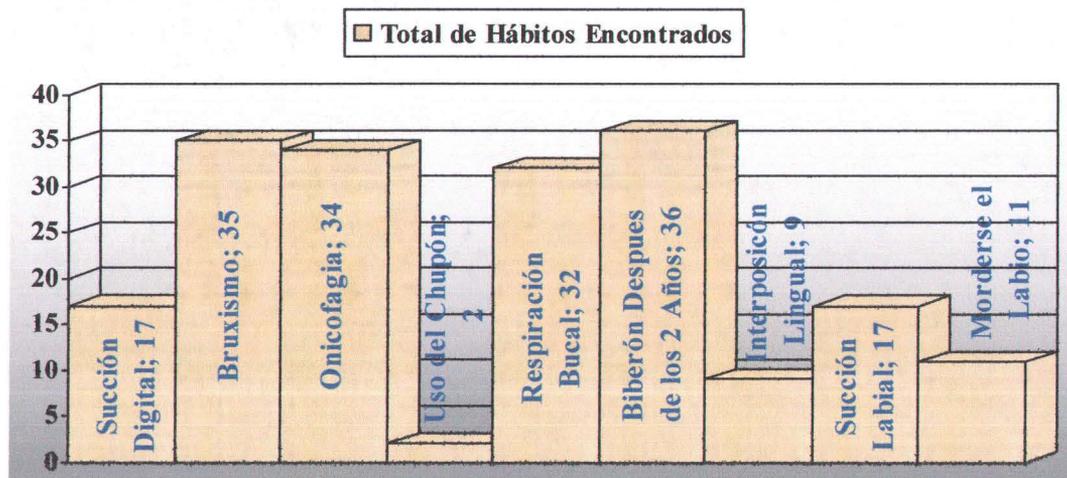


Grafica. 3

Fuente directa



Gráfica 4. Total de hábitos bucales nocivos encontrados en la población de estudio fue de 193 en 91 niños.



Gráfica. 4

Fuente directa

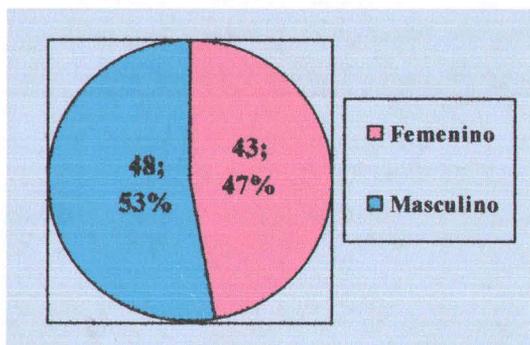
PRESENCIA DE HÁBITO POR SEXO

Tabla 2 y Gráfica 5 Y 6. Se muestra la comparación por sexo, donde la población masculina es del 53% y siendo la escuela privada donde encontramos mayor presencia de hábitos.

| | | Presencia de hábito por sexo | | Total |
|-----------------|---------|------------------------------|-----------|-------|
| | | Femenino | Masculino | |
| Tipo de escuela | Privada | 23 | 26 | 49 |
| | Pública | 20 | 22 | 42 |
| Total | | 43 | 48 | 91 |

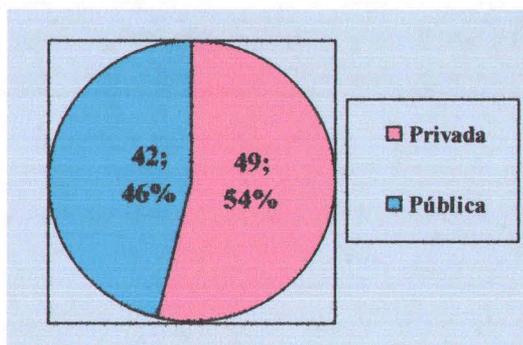
Tabla 2.

Fuente directa



Gráfica. 5

Fuente directa



Gráfica. 6

Fuente directa



PRESENCIA DE HÁBITO POR EDAD

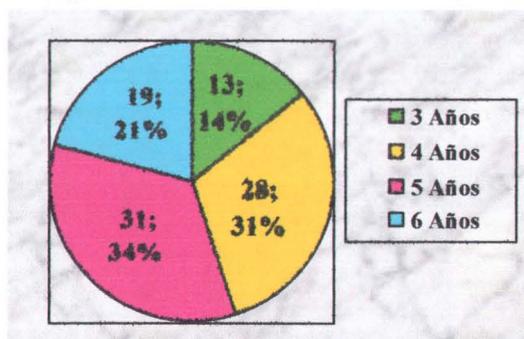
Tabla 3. Representa la comparación por edad en que se presentan los hábitos siendo la escuela privada la que tiene un ligero porcentaje mayor.

| | | Presencia de hábito por edad | | | | Total |
|-----------------|---------|------------------------------|--------|--------|--------|-------|
| | | 3 Años | 4 Años | 5 Años | 6 Años | |
| Tipo de escuela | Privada | 9 | 11 | 17 | 9 | 46 |
| | Pública | 4 | 17 | 14 | 10 | 45 |
| Total | | 13 | 28 | 31 | 19 | 91 |

Tabla 3.

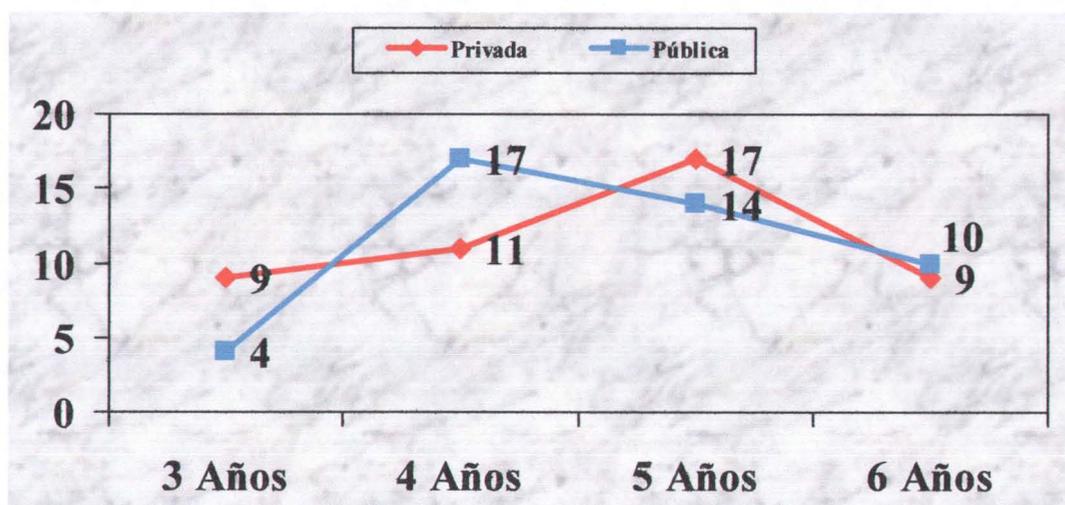
Fuente directa

Grafica 7 Y 8. Encontramos la comparación de la edad en que se presentan los hábitos, que fue de 5 años y siendo la escuela privada donde tiene mayor presencia la edad antes mencionada



Grafica. 7

Fuente directa



Grafica. 8

Fuente directa



PROPORCIÓN DE NIÑOS QUE TIENEN HÁBITOS BUCALES NOCIVOS

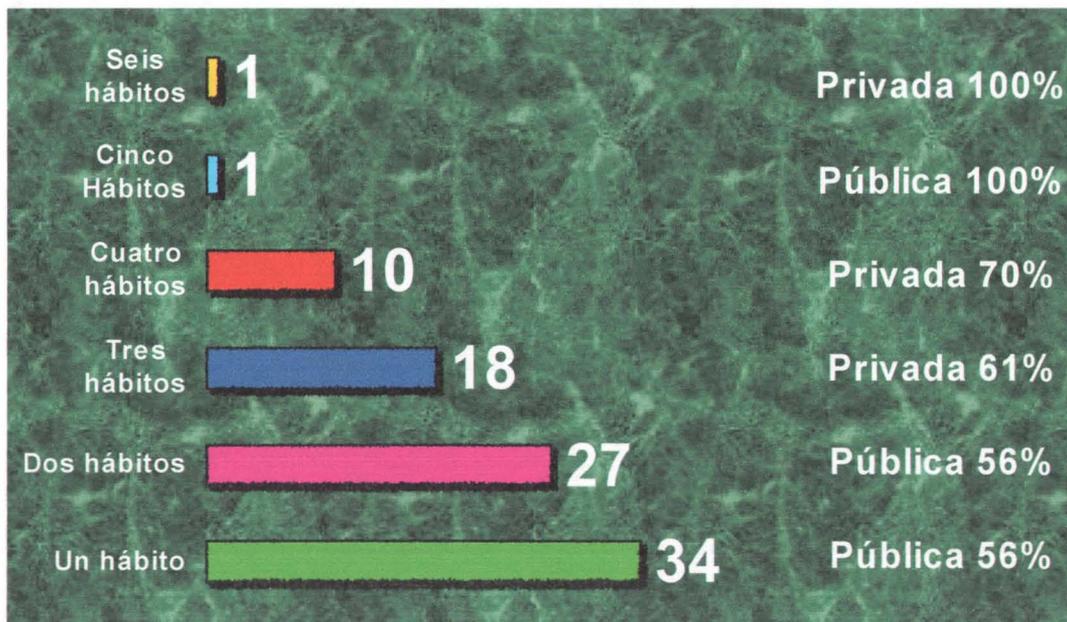
Tabla 4. Muestra la proporción de niños que tienen de uno a seis hábitos bucales nocivos.

| | | Numero de hábitos bucales nocivos encontrados en niños | | | | | | Total |
|-----------------|---------|--|-------------|--------------|----------------|---------------|--------------|-------|
| | | Un hábito | Dos hábitos | Tres hábitos | Cuatro hábitos | Cinco hábitos | Seis hábitos | |
| Tipo de escuela | Privada | 15 | 12 | 11 | 7 | 0 | 1 | 46 |
| | Pública | 19 | 15 | 7 | 3 | 1 | 0 | 45 |
| Total | | 34 | 27 | 18 | 10 | 1 | 1 | 91 |

Tabla 4.

Fuente directa

Gráfica 9. Encontramos que la población de estudio con solo un hábito bucal nocivo fue de 34 niños con mayoría en escuela pública, de dos con 27 niños con mayoría en la escuela pública, de tres con 18 niños con mayoría en la escuela privada, de cuatro 10 niños con mayoría en la escuela privada, de cinco 1 de escuela pública, y de seis 1 de escuela privada.



Grafica 9.

Fuente directa



PRESENCIA DE SUCCIÓN DIGITAL

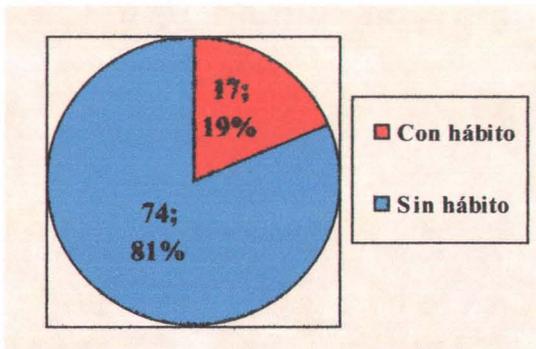
Tabla 5. Se presenta la comparación de la succión digital entre las escuelas y el total de niños que presentan el hábito.

| | | Presencia de succión digital | | Total |
|-----------------|---------|------------------------------|----|-------|
| | | Si | No | |
| Tipo de escuela | Privada | 10 | 36 | 46 |
| | Pública | 7 | 38 | 45 |
| Total | | 17 | 74 | 91 |

Tabla 5.

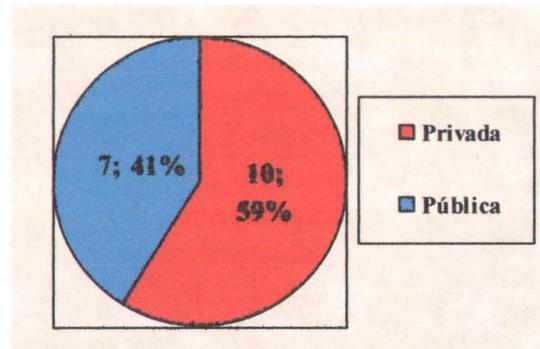
Fuente directa

Gráfica 10 y 11. De la población de niños que tienen hábitos bucales nocivos el porcentaje de los que tienen succión digital es del 19% y con un 59% de escuela privada.



Gráfica. 10

Fuente directa



Gráfica. 11

Fuente directa

PRESENCIA DE BRUXISMO

Tabla 6. Tenemos la frecuencia de niños que tienen como hábito bucal nocivo el bruxismo.

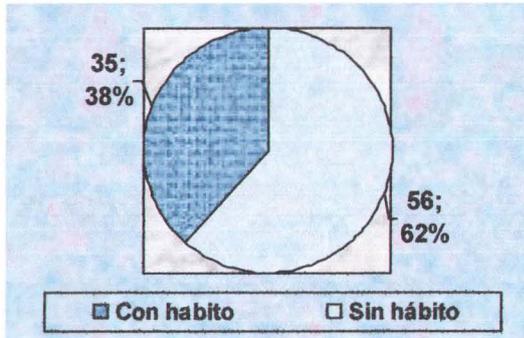
| | | Presencia de Bruxismo | | Total |
|-----------------|---------|-----------------------|----|-------|
| | | Si | No | |
| Tipo de escuela | Privada | 21 | 25 | 46 |
| | Pública | 14 | 31 | 45 |
| Total | | 35 | 56 | 91 |

Tabla 6.

Fuente directa

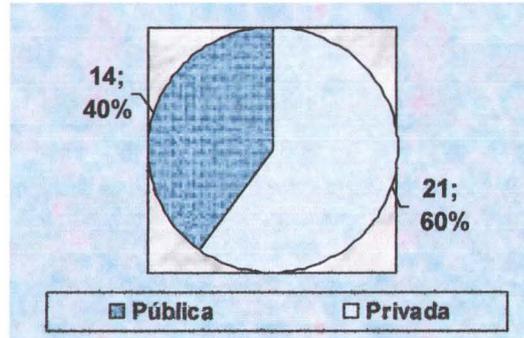


Gráfica 12 y 13. El hábito de bruxismo tiene un porcentaje del 38% en la población total y un 60% son de escuela privada.



Gráfica. 12

Fuente directa



Gráfica. 13

Fuente directa

PRESENCIA DE ONICOFAGIA

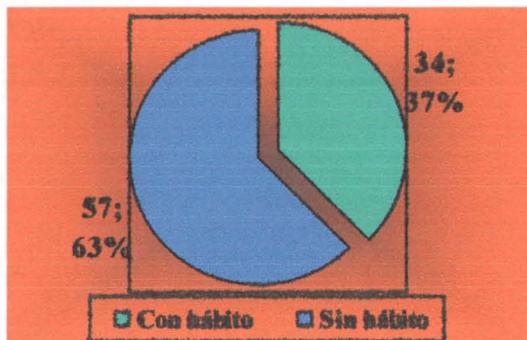
Tabla 7. Presenta a la población de niños que tienen como hábito bucal nocivo la Onicofagia.

| | | Presencia de Onicofagia | | Total |
|-----------------|---------|-------------------------|----|-------|
| | | Si | No | |
| Tipo de escuela | Privada | 19 | 27 | 46 |
| | Pública | 15 | 30 | 45 |
| Total | | 34 | 57 | 91 |

Tabla 7.

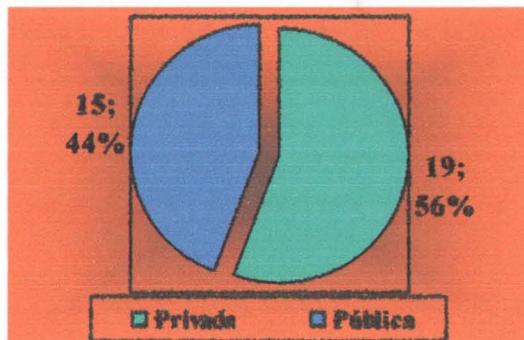
Fuente directa

Gráfica 14 y 15. El 37% de la muestra presenta onicofagia y la escuela privada lo presenta con un 56%



Gráfica. 14

Fuente directa



Gráfica. 15

Fuente directa



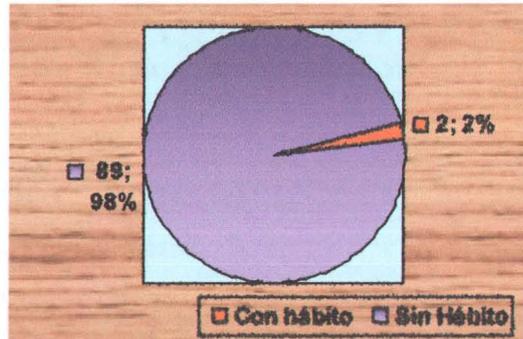
PRESENCIA USO DEL CHUPÓN

Tabla 8 y Grafica 16. Muestra a la población de niños que tienen el hábito bucal nocivo del uso del chupón es del 2% en el total de la muestra, correspondiendo éste a escuela privada.

| | | Presencia de hábito del chupón | | Total |
|-----------------|---------|--------------------------------|----|-------|
| | | Si | No | |
| Tipo de escuela | Privada | 2 | 44 | 46 |
| | Pública | 0 | 45 | 45 |
| Total | | 2 | 89 | 91 |

Tabla 8

Fuente directa



Gráfica. 16

Fuente directa

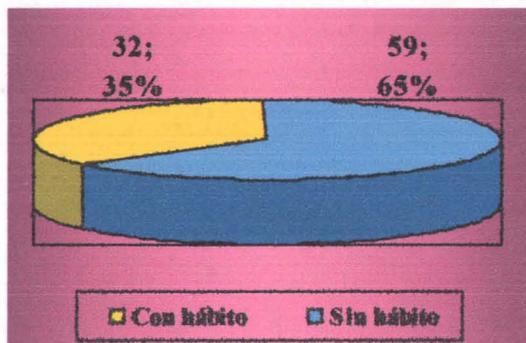
PRESENCIA RESPIRACIÓN ORAL

Tabla 9 y Gráficas 17 y 18. Se presenta la frecuencia de niños que tienen el hábito bucal nocivo de la respiración oral con un total de 32 niños que es el 35%, correspondiéndole un 59% a la escuela pública.

| | | Presencia de respiración oral | | Total |
|-----------------|---------|-------------------------------|----|-------|
| | | Si | No | |
| Tipo de escuela | Privada | 13 | 33 | 46 |
| | Pública | 19 | 26 | 45 |
| Total | | 32 | 59 | 91 |

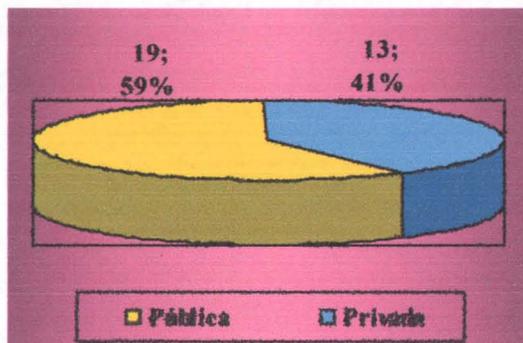
Tabla 9.

Fuente directa



Gráfica. 17

Fuente directa



Gráfica. 18

Fuente directa



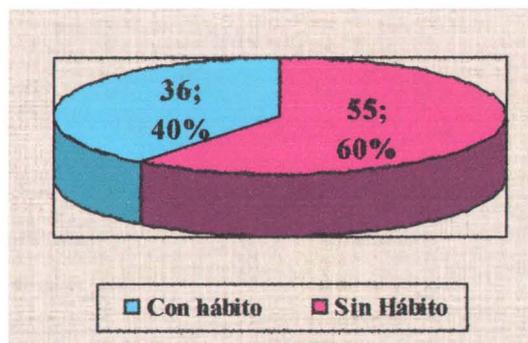
PRESENCIA DE BIBERÓN DESPUES DE LOS DOS AÑOS

Tabla 10 y Graficas 19 y 20. De los 36 niños que presentan como hábito bucal nocivo el uso del biberón después de los dos años es del 40%, correspondiéndole el 53% a la escuela privada.

| | | Si utilizo biberón después de los dos años | | Total |
|-----------------|---------|--|----|-------|
| | | Si | No | |
| Tipo de escuela | Privada | 19 | 27 | 46 |
| | Pública | 17 | 28 | 45 |
| Total | | 36 | 55 | 91 |

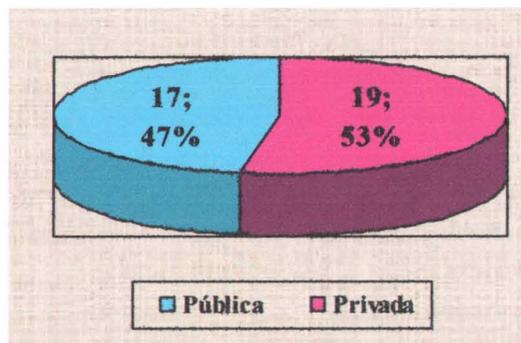
Tabla 10.

Fuente directa



Gráfica. 19

Fuente directa



Gráfica. 20

Fuente directa

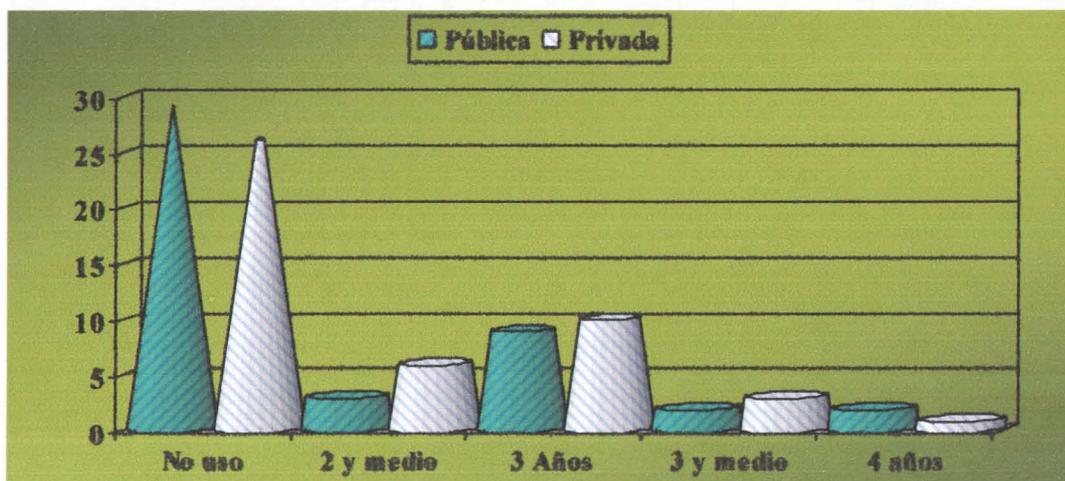
PRESENCIA DE BIBERÓN DE 2 A 4 AÑOS

Tabla 11 y Gráfica 21. Muestra a la población de estudio que presenta el hábito bucal nocivo con un total de 91 niños, los que utilizaron biberón después de los dos y medio con un total de 36 niños, de los que utilizaron biberón después de los dos años y medio son 9 niños de los cuales 6 son de escuela privada, de tres años con 19 niños 10 son de escuela privada, de tres años y medio 5 niños y 3 son de escuela privada, de 4 años 3 niños y 2 son de escuela pública.

| | | Hasta que edad utilizó biberón | | | | | Total |
|-----------------|---------|--------------------------------|----------------|--------|----------------|--------|-------|
| | | No usó | 2 años y medio | 3 años | 3 y medio años | 4 años | |
| Tipo de escuela | Privada | 26 | 6 | 10 | 3 | 1 | 46 |
| | Pública | 29 | 3 | 9 | 2 | 2 | 45 |
| Total | | 55 | 9 | 19 | 5 | 3 | 91 |

Tabla 11.

Fuente directa



Gráfica. 21

Fuente directa

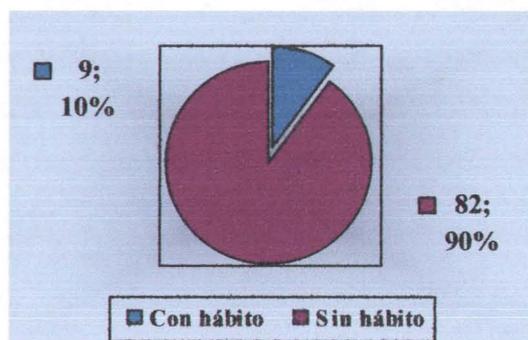
PRESENCIA DE INTERPOSICIÓN LINGUAL

Tabla 12 y Gráficas 22 y 23. Muestra que solo 9 niños presentan el hábito bucal nocivo de interposición lingual, correspondiéndole el 67% en la escuela privada y el 33% a pública.

| | | Presencia de interposición lingual | | Total |
|-----------------|---------|------------------------------------|----|-------|
| | | Si | No | |
| Tipo de escuela | Privada | 6 | 40 | 46 |
| | Pública | 3 | 42 | 45 |
| Total | | 9 | 82 | 91 |

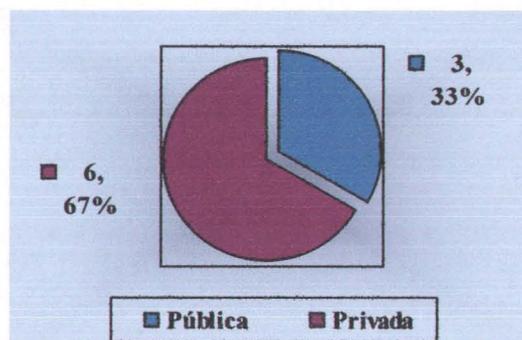
Tabla 12

Fuente directa



Gráfica 22.

Fuente directa



Gráfica 23.

Fuente directa



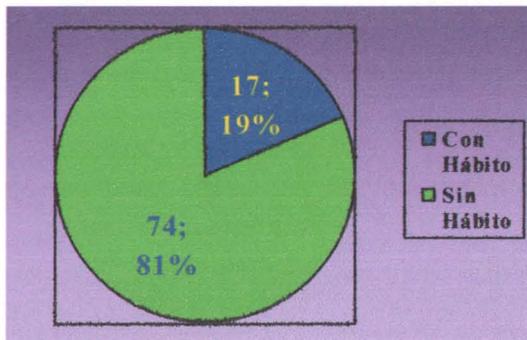
PRESENCIA DE SUCCIÓN LABIAL

Tabla 13 y Graficas 24 y 25. Solo 17 niños de la población presentan succión labial, correspondiéndole el 53% a escuela pública y el 47% a escuela privada.

| | | Presencia de succión labial | | Total |
|-----------------|---------|-----------------------------|----|-------|
| | | Si | No | |
| Tipo de escuela | Privada | 8 | 38 | 46 |
| | Pública | 9 | 36 | 45 |
| Total | | 17 | 74 | 91 |

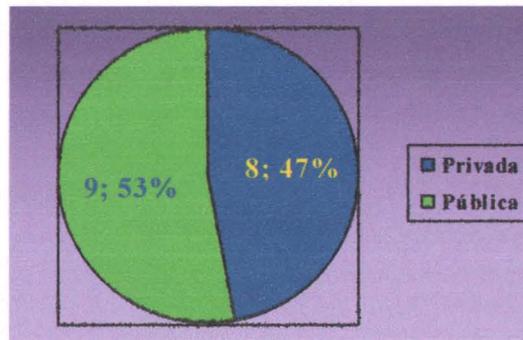
Tabla 13

Fuente directa



Gráfica 24.

Fuente directa



Gráfica 25.

Fuente directa

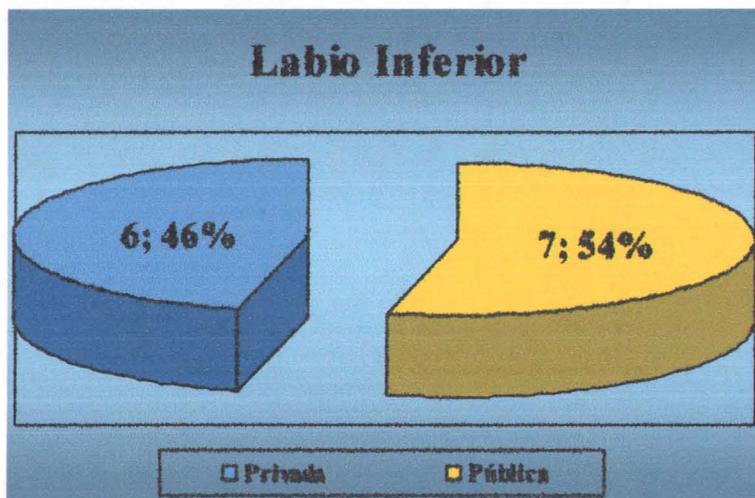
PRESENCIA DE SUCCIÓN LABIAL SUPERIOR O INFERIOR

Tabla 14 y Grafica 26. Presenta el mismo porcentaje de succión labial superior para escuela pública y privada y en el inferior, ligeramente superior para la pública.

| | | Cual labio chupa su hijo(a) | | Total |
|-----------------|---------|-----------------------------|----------|-------|
| | | Superior | Inferior | |
| Tipo de escuela | Privada | 2 | 6 | 46 |
| | Pública | 2 | 7 | 45 |
| Total | | 4 | 13 | 91 |

Tabla 14.

Fuente directa



Gráfica 26.

Fuente directa

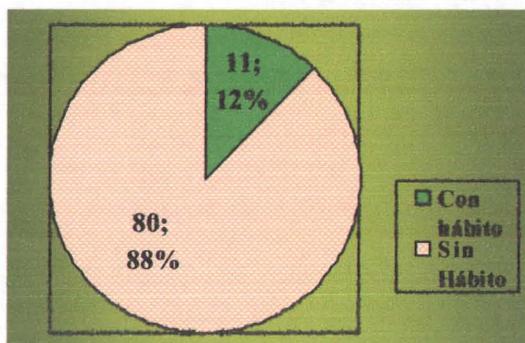
PRESENCIA DE MORDERSE ALGÚN LABIO

Tabla 15 y Gráficas 27 y 28. Muestra a la población de niños que tienen como hábito bucal nocivo el morderse algún labio con 11 que corresponde al 12% y con un 55% en escuela pública.

| | | Presencia de morderse algún labio | | Total |
|-----------------|---------|-----------------------------------|----|-------|
| | | Si | No | |
| Tipo de escuela | Privada | 5 | 41 | 46 |
| | Pública | 6 | 39 | 45 |
| Total | | 11 | 80 | 91 |

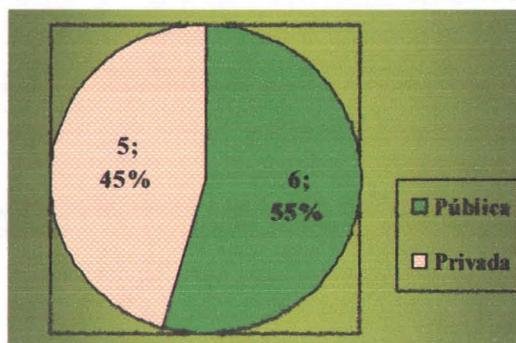
Tabla 15.

Fuente directa



Gráfica 27.

Fuente directa



Gráfica 28.

Fuente directa



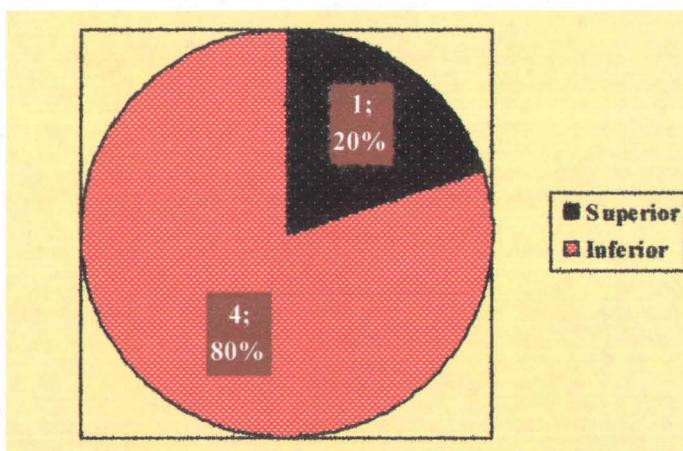
PRESENCIA DE MORDERCE EL LABIO SUPERIOR O INFERIOR

Tabla 16 y Grafica 29. En escuela pública no se presenta el hábito de morder el labio superior y solo 1 niño lo presenta en privada, y 6 de escuela pública se muerden el labio inferior.

| | | Cuál labio se muerde su hijo(a) | | Total |
|-----------------|---------|---------------------------------|----------|-------|
| | | Superior | Inferior | |
| Tipo de escuela | Privada | 1 | 4 | 46 |
| | Pública | 0 | 6 | 45 |
| Total | | 1 | 10 | 91 |

Tabla 16

Fuente directa



Gráfica 29.

Fuente directa



| Asociación de Hábitos Bucales Nocivos y Tipo de Preescolar | | | | | | |
|---|----------------|------|---------------|----------------|------|---------------|
| VARIABLE | Pública | | | Privada | | |
| | X ² | P | Significancia | X ² | P | Significancia |
| Sexo del niño(a) | 5.365 | .373 | N.S | 3.786 | .581 | N.S |
| Edad del niño(a) | 18.986 | .214 | N.S | 3.989 | .998 | N.S |
| Grado de preescolar | 7.712 | .657 | N.S | 4.447 | .925 | N.S |
| Escolaridad de la madre | 24.079 | .064 | N.S | 20.134 | .740 | N.S |
| Escolaridad del padre | 12.342 | .904 | N.S | 29.140 | .258 | N.S |
| Ocupación de la madre | 47.155 | .005 | Significativa | 26.394 | .387 | N.S |
| Ocupación del padre | 26.594 | .645 | N.S | 19.789 | .758 | N.S |
| Ingreso familiar mensual | 15.322 | .428 | N.S | 16.703 | .337 | N.S |
| Succión digital | 9.811 | .081 | N.S | 16.095 | .007 | N.S |
| Bruxismo | 15.155 | .010 | N.S | 16.841 | .005 | Significativa |
| Onicofagia | 11.526 | .042 | N.S | 19.595 | .001 | Significativa |
| Uso del chupón | | | | 33.399 | .001 | Significativa |
| Respiración bucal | 17.869 | .003 | Significativa | 21.457 | .001 | Significativa |
| Utilizó biberón después de los 2 años | 19.617 | .001 | Significativa | 13.785 | .017 | N.S |
| Edad hasta la cual utilizó biberón | 61.750 | .001 | Significativa | 28.422 | .100 | N.S |
| Interposición lingual | 16.725 | .005 | Significativa | 7.522 | .185 | N.S |
| Succión lingual | 19.869 | .001 | Significativa | 11.012 | .051 | N.S |
| Succión lingual superior o inferior | 28.695 | .001 | Significativa | 15.042 | .131 | N.S |
| Morderse el labio | 35.309 | .001 | Significativa | 41.299 | .001 | Significativa |
| Morderse el labio superior o inferior | 35.309 | .001 | Significativa | 41.299 | .001 | Significativa |

Tabla 17.

Fuente directa

Para obtener la asociación entre hábitos bucales nocivos con respecto a tipo de escuela se aplicó la prueba ji cuadrada (χ^2).

VARIABLES NO SIGNIFICATIVAS

Pública.

Sexo del niño(a)
 Edad del niño(a)
 Grado de preescolar
 Escolaridad de la madre
 Escolaridad del padre
 Ocupación del padre
 Ingreso familiar mensual
 Succión digital
 Bruxismo
 Onicofagia
 Uso del chupón

Privada.

Sexo del niño(a)
 Edad del niño(a)
 Grado de preescolar
 Escolaridad de la madre
 Escolaridad del padre
 Ocupación del madre
 Ocupación del padre
 Ingreso familiar mensual
 Succión digital
 Utilizó biberón después de los 2 años
 Edad hasta la cual utilizó biberón
 Interposición lingual
 Succión lingual superior o inferior



VARIABLES SIGNIFICATIVAS

Pública.

Ocupación de la madre
Respiración bucal
Utilizó biberón después de los 2 años
Edad hasta la cual utilizó biberón
Interposición lingual
Succión lingual
Succión lingual superior o inferior
Morderse el labio
Morderse el labio superior o inferior

Privada.

Bruxismo
Onicofagia
Uso del chupón
Respiración bucal
Morderse el labio
Morderse el labio superior o inferior

8. DISCUSIÓN

En este estudio el 76% de la población presentó algún tipo de hábito bucal nocivo, siendo esta cifra más alta que la reportada por Bayardo⁴⁸ que analizó 1600 expedientes odontopediátricos de 2 a 15 años en Guadalajara reportando que un 56% presentaba algún mal hábito, reportando también que los hábitos de succión no nutritiva se presentaron con mayor frecuencia, en el trabajo de Ochoa³ el bruxismo reporta un porcentaje más alto, en comparación con éste estudio que fue el hábito de biberón después de los 2 años.

Bayardo⁴⁸ en su estudio reporta que las integrantes del grupo femenino, mostraron una mayor frecuencia en hábitos orales en Ochoa³ el 35% fueron mujeres y el 37% hombres, en este estudio el 53% fueron varones y siendo la escuela privada donde encontramos mayor presencia de hábitos.

En relación con la succión digital y la edad Warren⁴⁹ en su estudio en Iowa en 372 niños de 0 a 5 años reporta la prevalencia mayor a los 2 años, comparado con el estudio de Ochoa³ esta prevalencia es a los 4 años siendo que la comparación de los hábitos y la edad en este estudio fue de 5 años y siendo la escuela privada donde tiene mayor presencia la edad antes mencionada

En cuanto a succión digital encontramos que lo practican un 14% mientras que Ochoa en su muestra tiene 25%, Agurto⁵⁰ en un estudio con 1506 niños de 3 a 6 años en Chile reporta un 62% y Bayardo⁴⁸ el 11%. Es interesante señalar los hallazgos de Curzon⁵¹ quién estudió una muestra de 1000



VARIABLES SIGNIFICATIVAS

Pública.

Ocupación de la madre
Respiración bucal
Utilizó biberón después de los 2 años
Edad hasta la cual utilizó biberón
Interposición lingual
Succión lingual
Succión lingual superior o inferior
Morderse el labio
Morderse el labio superior o inferior

Privada.

Bruxismo
Onicofagia
Uso del chupón
Respiración bucal
Morderse el labio
Morderse el labio superior o inferior

8. DISCUSIÓN

En este estudio el 76% de la población presentó algún tipo de hábito bucal nocivo, siendo esta cifra más alta que la reportada por Bayardo⁴⁸ que analizó 1600 expedientes odontopediátricos de 2 a 15 años en Guadalajara reportando que un 56% presentaba algún mal hábito, reportando también que los hábitos de succión no nutritiva se presentaron con mayor frecuencia, en el trabajo de Ochoa³ el bruxismo reporta un porcentaje más alto, en comparación con éste estudio que fue el hábito de biberón después de los 2 años.

Bayardo⁴⁸ en su estudio reporta que las integrantes del grupo femenino, mostraron una mayor frecuencia en hábitos orales en Ochoa³ el 35% fueron mujeres y el 37% hombres, en este estudió el 53% fueron varones y siendo la escuela privada donde encontramos mayor presencia de hábitos.

En relación con la succión digital y la edad Warren⁴⁹ en su estudio en Iowa en 372 niños de 0 a 5 años reporta la prevalencia mayor a los 2 años, comparado con el estudio de Ochoa³ esta prevalencia es a los 4 años siendo que la comparación de los hábitos y la edad en este estudio fue de 5 años y siendo la escuela privada donde tiene mayor presencia la edad antes mencionada

En cuanto a succión digital encontramos que lo practican un 14% mientras que Ochoa en su muestra tiene 25%, Agurto⁵⁰ en un estudio con 1506 niños de 3 a 6 años en Chile reporta un 62% y Bayardo⁴⁸ el 11%. Es interesante señalar los hallazgos de Curzon⁵¹ quién estudió una muestra de 1000



esquimales del ártico canadiense, reportando haber encontrado evidencia de succión digital.

La onicofagia en Ochoa³ solo nos reporta que la practican un 8.9% cifra por debajo de lo encontrado por Bayardo⁴⁸ que es de un 23%, pero coincidiendo los dos en un 7% en la succión de labio en cambio en éste estudio se encontró que el 29% de la población tiene Onicofagia y un 14% succión labial.



9.-CONCLUSIONES

De la población total el 76% presentó algún tipo de hábito bucal nocivo.

Por tipo de escuela encontramos que en la escuela privada el 77% tiene algún tipo de hábito bucal nocivo mientras que en la escuela pública el 75% presentan algún hábito.

El total de hábitos bucales nocivos encontrados en la población de estudio fue de 193 en 91 niños.

Por sexo, donde la población masculina es del 53% y con mayor número en escuela privada.

La comparación de la edad en que se presentan los hábitos, que fue de 5 años y siendo la escuela privada donde tiene mayor presencia la edad antes mencionada

Encontramos que la población de estudio con solo un hábito bucal nocivo fue de 34 niños con mayoría en escuela pública, de dos con 27 niños con mayoría en la escuela pública, de tres con 18 niños con mayoría en la escuela privada, de cuatro 10 niños con mayoría en la escuela privada, de cinco 1 de escuela pública, y de seis 1 de escuela privada.

De la población de niños que tienen hábitos bucales nocivos el porcentaje de los que tienen succión digital es del 19% con un 59% de la escuela privada.

La frecuencia de niños que tienen como hábito bucal nocivo el bruxismo el cual presenta un porcentaje del 38%, teniendo un 60% de la escuela privada.

La población de niños que tienen como hábito bucal nocivo la onicofagia es de 37% y mostrando una tendencia al ascenso de la escuela privada con un 56%.

La población de niños que tienen el hábito bucal nocivo del uso del chupón es del 2% en el total de la muestra, correspondiendo éste a escuela privada.

La frecuencia de niños que tienen el hábito bucal nocivo de la respiración oral con un total de 32 niños y el 35%, correspondiéndole un 59% a la escuela pública.



De los 36 niños que presentan como hábito bucal nocivo el uso del biberón después de los dos años es del 40%, correspondiéndole el 53% a la escuela privada.

La población de estudio que presenta el hábito bucal nocivo con un total de 91 niños, los que utilizaron biberón después de los dos y medio con un total de 36 niños, de los que utilizaron biberón después de los dos años y medio son 9 niños de los cuales 6 son de escuela privada, de tres años con 19 niños 10 son de escuela privada, de tres años y medio 5 niños y 3 son de escuela privada, de 4 años 3 niños y 2 son de escuela pública.

Solo 9 niños presentan el hábito bucal nocivo de interposición lingual, correspondiéndole el 67% en la escuela privada y el 33% a pública.

Solo 17 niños de la población total de los que presentan algún hábito presentaron succión labial, correspondiéndole el 53% a escuela pública y el 47% a escuela privada.

El porcentaje de succión labial superior es el mismo para escuela pública y privada y en el inferior es ligeramente superior para la pública.

La población de niños que tienen como hábito bucal nocivo el morderse algún labio con 11 niños en un 12%, y con un 55% en escuela pública.

En escuela pública no se presenta el hábito de morder el labio superior y solo un niño lo presenta en privada, y 6 de escuela pública se muerden el labio inferior.

10.-RECOMENDACIONES

A las autoridades maestros etc:

- Realizar estudios con muestras mayores en todas las delegaciones y preescolares del distrito federal.
- Realizar estudios de seguimiento no solo transversales.
- Incorporar en los planes de estudio de la SEP conocimiento de los hábitos bucales nocivos.
- Establecer campañas masivas de detección de hábitos.
- Orientar a los padres y maestros para que realicen con apoyo mutuo para la erradicación del hábito.
- Buscar el lazo psicológico del origen del hábito a través de la consulta con el especialista para poder tomar la medida de solución adecuada sin afectar el desarrollo del preescolar.



De los 36 niños que presentan como hábito bucal nocivo el uso del biberón después de los dos años es del 40%, correspondiéndole el 53% a la escuela privada.

La población de estudio que presenta el hábito bucal nocivo con un total de 91 niños, los que utilizaron biberón después de los dos y medio con un total de 36 niños, de los que utilizaron biberón después de los dos años y medio son 9 niños de los cuales 6 son de escuela privada, de tres años con 19 niños 10 son de escuela privada, de tres años y medio 5 niños y 3 son de escuela privada, de 4 años 3 niños y 2 son de escuela pública.

Solo 9 niños presentan el hábito bucal nocivo de interposición lingual, correspondiéndole el 67% en la escuela privada y el 33% a pública.

Solo 17 niños de la población total de los que presentan algún hábito presentaron succión labial, correspondiéndole el 53% a escuela pública y el 47% a escuela privada.

El porcentaje de succión labial superior es el mismo para escuela pública y privada y en el inferior es ligeramente superior para la pública.

La población de niños que tienen como hábito bucal nocivo el morderse algún labio con 11 niños en un 12%, y con un 55% en escuela pública.

En escuela pública no se presenta el hábito de morder el labio superior y solo un niño lo presenta en privada, y 6 de escuela pública se muerden el labio inferior.

10.-RECOMENDACIONES

A las autoridades maestros etc:

- Realizar estudios con muestras mayores en todas las delegaciones y preescolares del distrito federal.
- Realizar estudios de seguimiento no solo transversales.
- Incorporar en los planes de estudio de la SEP conocimiento de los hábitos bucales nocivos.
- Establecer campañas masivas de detección de hábitos.
- Orientar a los padres y maestros para que realicen con apoyo mutuo para la erradicación del hábito.
- Buscar el lazo psicológico del origen del hábito a través de la consulta con el especialista para poder tomar la medida de solución adecuada sin afectar el desarrollo del preescolar.



11. BIBLIOGRAFÍA

1. Miranda J, Villanueva E, Sánchez M. Hábitos Orales Más Frecuentes en una en una Población de Cinco a Trece Años que Acuden a la Clínica de Iztacala al Diplomado de Ortodoncia Maxilar 2003.
2. Gallegos M. Detención y Tratamiento de Hábitos Nocivos Para la Salud en la Población Infantil Femenina. Tesina presentada en la Facultad de Odontología UNAM. México Mayo 2003.
3. Ochoa L. Tesis Factores e Indicadores de Riesgo Para Caries en Dentición Primaria Facultad de Odontología División de Estudios de Postgrado e Investigación, 2004.
4. Flores F. Péndola G. Bruxismo y Hábitos Orales. Estudio Descriptivo en la Población de Carabineros de Chile Prefectura Cautín Temuco Mario Categoría Ortodoncia 1998.
5. Gacitúa G, Mora D, Veloso D. Facultad de Odontología U. de Chile. Trabajo adjunto al Proyecto PRI-OI-95003
6. http://www.Actaodontologica.com/oscar_quiros/13.asp-101K
7. Moita N. Relacao entre hábitos bucais e má oclusao em pré-escolares Rev. Saúde Pública. 2000, Volumen 34. No. 3: 299-03.
8. Andrianopoulos M, Hanson M. Tongue-thrust and the stability of overjet correction. Angle Orthod 1987;April: 121-35.
9. Ilzarbe L, Médico estomatólogo Investigador asociado al Instituto CEEI, Parque Tecnológico. Paterna. Valencia Amparo Ripol Licenciada en Psicología Práctica Privada. Valencia <http://www.icqmed.com/ilz.htm>
10. Hollaway J. Salud Dental Infantil 1ª ed, Editorial Mundi S.A.I.C Yt Argentina 1979, pp.13
11. Pinkham JR. Odontología Pediátrica. Interamericana México, 1996.
12. <http://www.mediks.com/saludyvida/contacto.php>
13. Moyers R. Manual de ortodoncia. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 1994.



14. Finn S. Odontología Pediátrica, 9ª ed, México: Interamericana, 1980.
15. Marcelo F, Diccionario de Odontología. 2ª ed, Editorial Médica Panamericana Buenos Aires 1996 pp.125.
16. Sorbe R. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica, Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela, Editorial Desinlimed, Caracas., 1996 p.p. 691
17. Agurto P, Díaz R, Cádiz O, Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago Rev Chil Pediatr 1999; 70(6)
18. Freud S. Obras completas. 3ª ed, Madrid España, Ed. Biblioteca Nueva. 1973: 3379-3429.
19. Graber T. Ortodoncia, teoría y práctica, 3ª ed. México Interamericana. 1977; 269-308.
20. González E. La cura sugestiva nocturna de los hábitos bucales perniciosos. Rev Cubana Estomatol 1977; 14(1):19-20.
21. Rubinstein S. Principios de Psicología General. Giraldo, S. A., México. 1967.
22. Gomez B. Psicología Aplicada al Manejo del Niño. Celsius, S.R.L Buenos Aires. 1976.
23. [http://www. saludalia.com](http://www.saludalia.com)
24. Barberia E, Quesada JR. Odontopediatría. 2ª ed. Masson 2001
25. Sears R. Wise G. Relation of cup-feeding in infancy to thumb-sucking and the drive. Am J. Orthopsychiatry 1950; 20:123.
26. Quirós O. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del instituto Venezolano de investigaciones científicas IVIC Cátedra de Ortodoncia de la <http://www.ucv.ve/> " \t "_blank
27. Echaniz R. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoques terapéuticos. España 2000.



28. Cipes M, Miraglia M, Gaulin-Kremer E, Monitoring and reinforcement to eliminate thumbsucking. J Dent Child 1986;Jan-Feb:48.
29. Holmgren K, Sheikholeslam A, Riise C. Effect of a full-arch maxillary occlusal splint on parafunctional activity during sleep in patients with nocturnal bruxism and signs and symptoms of craniomandibular disorders. J Prosthet Dent 1993 Mar; 69(3):122.
30. Orlando Abreu María Susana Pousa Estela González Facultad de Odontología, Universidad Santa María, Caracas. Venezuela
31. <http://www.consultasmedicas.com>
32. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. 12^a ed. Masson-Salvat. Barcelona. España. 1984.
33. Kaplan H. Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 2^a ed. Ediciones Científicas y Técnicas. Masson-Salvat. Barcelon España 1992. pp. 1844-5.
34. <http://www.vji.es> Dra. Cristina Botella Arbona. Dpt. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Campus de Borriol. Apto. correos 224, 12080 Castellón (SPAIN)
35. Sánchez M. Onicofagia en Niños, La prensa el diario de los nicaragüenses digital Miércoles 24 de octubre del 2001 / ed No. 22531 / Actualizada 01:45 am
36. Bayés R, Riba M. Descripció, aplicació pràctica y resultats de la tècnica d'Azrin i Nunn per a la modificació d'hàbits nerviosos. Quaderns de Psicologia, 1986 7(2), 55-59.
37. Azrin N, Nunn G. Tratamiento de hábitos nerviosos. Editorial Martínez Roca, s.a. Barcelona. España 1977.
38. <http://www.colgate.com.mx>
39. <http://www.odontocat.com>
40. <http://www.odontologiaonline.com>
41. Cuervo M, Revilla F, Ibarra M, Ramos D. Tesis . Respiradores Bucales de 6 a 14 Años en la Clínica de Iztacala. 2002



42. Sakkal R. Egresado de la Tema presentado en modo de poster en el XIII Congreso Venezolano de Ortodoncia. Del 12 al 15 de noviembre del 2003. Caracas-Venezuela. <http://www.ucv.ve/> " t " _blank
43. Torra G, Odontopediatra de la Clínica de Especialidades Dentales del ISSSTE,
44. Bermudes J. Hábitos bucales. Dentista y paciente. México 2001; 114 (Diciembre): 46-50.
45. Subtelny J. Oral habits. Studies in form, function, and therapy. Angle Orthod 1973;43(4):347-83
46. González E, Ostos M, Menéndez M. Influencia del factor retraso mental en las anomalías bucodentarias. Od Pediatr 1993;2(1):42-50
47. Santos I. Epidemiología del cáncer: principios y métodos. Agencia Internacional de Investigación sobre el cáncer. OMS Lyon, Francia 1999.
48. Bayardo R, Mejía J, Orozco S, Montoya K. Los malos hábitos orales en niños: aspectos epidemiológicos: Primera parte. Rev ADM 1995;52(1):22-26.
49. Warren J. Chupar chupeta ou dedo afeta denticao infantil. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2002; 121:347-356.
50. Agurto P, Díaz R, Cádiz O, Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev Chil Pediatr 1999; 70(6):12-15.
51. Curzon M. Dental implications of thumbsucking. Pediatrics 1974; 54: 196-200.
52. Alcántara V, Méndez E, Calva J, López M, Azcona G. Utilización del consentimiento informado por odontopediatras en la Ciudad de México. Rev ADM 2004; 61 (1):35-38.
53. Campos M, Serret L. Consentimiento informado en ortodoncia. Centro de Documentación CONAMED 2001.
54. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México, McGraw-Hill, 1998.



12. ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. ^{52, 53}

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTUDIO COMPARATIVO DE HÁBITOS BUCALES NOCIVOS
EN PREESCOLARES DE UNA ESCUELA PÚBLICA Y UNA
PRIVADA DE LA DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC. 2005

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Folio

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

México, D. F. a _____ del 2005.

Por medio de la presente, autorizo a mi hijo (a):
_____ que participe
en el estudio comparativo de hábitos bucales nocivos que comprende un
cuestionario que se aplicará a los padres que llevan a sus hijos a preescolar
en una escuela pública y una privada de la delegación Cuauhtémoc. 2005

Se me ha informado que participar en este estudio no tiene ningún costo, y
estoy consiente de que al colaborar en este estudio no se le van a realizar
ningún tratamiento a mi hijo(a).

FIRMA DE LA MADRE O RESPONSABLE

ENCUESTADOR
Jonathan David Hernández Diosdado



ESTUDIO COMPARATIVO DE HÁBITOS BUCALES NOCIVOS EN PREESCOLARES DE UNA ESCUELA PÚBLICA Y UNA PRIVADA DE LA DELEGACIÓN CUAUHTEMOC. 2005

Fecha ___/___/___

Folio _____

CUESTIONARIO

1.- Marque con una X la escuela del niño(a): Escuela pública: ___ Escuela privada: ___

2.- Sexo del niño(a): Femenino: ___ Masculino: ___

3.- Edad del niño(a) en años cumplidos: ___

4.- Grado de preescolar: Primero: ___ Segundo: ___ Tercero: ___

5.- ¿Mencione el grado de escolaridad de los padres?: MADRE: ___ PADRE: ___

1.-Alfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Prepa/Tec 5.-Profesionista 6.-Posgrado

6.- ¿Ocupación de los padres? MADRE: ___ PADRE: ___

1.-Hogar 2.-Obrero 3.-Comerciante 4.-Chofer 5.-Empleado 6.-Técnico 7.-Profesionista

7.- A cuanto asciende el ingreso familiar mensual:

1 = 1100 a 2500 2 = 2501 a 4000 3 = 4001 a 8000 4 = 8001 a 15000

8.- ¿Su hijo(a) se chupa algún dedo?: Si: ___ No: ___

9.- ¿Su hijo(a) rechina los dientes durante el día o la noche?: Si: ___ No: ___

10.- ¿Su hijo(a) se muerde las uñas?: Si: ___ No: ___

11.- ¿Su hijo(a) usa chupón?: Si: ___ No: ___

12.- ¿Su hijo(a) mantiene la boca abierta mucho tiempo o respira por la boca?:

Si: ___ No: ___

13.- ¿Su hijo(a) utilizó biberón después de los 2 años? Si: ___ No: ___

14.- ¿En caso de contestar Si a la pregunta anterior hasta que edad utilizó biberón?

15.- ¿Su hijo(a) interpone su lengua entre sus dientes?: Si: ___ No: ___

16.- ¿Su hijo(a) se chupa el labio?: Si: ___ No: ___

17.- ¿En caso de contestar Si a la pregunta anterior cuál labio se chupa su hijo(a)?:

El de arriba: ___ El de abajo: ___

18.- ¿Su hijo(a) se muerde algún labio?: Si: ___ No: ___

19.- ¿En caso de contestar Si a la pregunta anterior cuál labio se muerde su hijo(a)?

El de arriba: ___ El de abajo: ___



JONATHAN DAVID HERNÁNDEZ DIOSDADO



JONATHAN DAVID HERNÁNDEZ DIOSDADO
