



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS
EN NIÑOS QUE ACUDIERON A LA "CLÍNICA
PERIFÉRICA PADIERNA". UNAM. 2010.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

SADOT CANSECO ACOSTA

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Gracias...

A mi madre Verónica Acosta. Por darme la vida, por tu amor incondicional, por cuidarme cuando lo necesité, por la educación que me has dado, por enseñarme a salir adelante, por tu apoyo, consejos y palabras que hacen hoy que esto se haga realidad. Por eso y muchas cosas más te amo mamá.

A mi tía Gabriela Acosta. Por cuidarme desde que nací, por ser mi amiga, por tus consejos, tu inteligencia, tu apoyo, porque sin tí no habría sido posible estudiar esta hermosa carrera y esto no sería una realidad. Te quiero muchísimo. De verdad gracias.

A mi hermano Sebastián Guillén. Por estar en mi vida, por darme tanta felicidad, por quererme como lo haces, por ser una de mis más grandes motivaciones para seguir adelante, espero que esto sea una inspiración en tu vida para seguir estudiando. Te amo hermano.

A mi tío Alberto Acosta. Por tu apoyo, tu cariño, por estar conmigo y cuidarme cuando lo necesité, por ser como mi mejor amigo, por tu inteligencia y tu talento, eres una gran inspiración para mí. Te quiero muchísimo.

A mi abuela Rosalinda Juárez. Por tu cariño, por brindarme un hogar, por estar siempre pendiente de mí, por tus consejos y palabras de aliento. Te quiero mucho.

A mi padrino Luis Antonio Ordoñez. Por tu cariño, tu apoyo, tus consejos, por estar cuando lo he necesitado, por ser un gran ejemplo, un padre y un amigo para mí. Te quiero mucho.



A mi abuelo Sadot Canseco. Por su cariño, su apoyo, sus consejos, por siempre estar al pendiente de mí, por los buenos momentos que hemos vivido. Lo quiero mucho.

A Jorge Quillén. Por tu apoyo, por tu cariño, por estar conmigo como padre y amigo, por darme una de las mayores alegrías que tengo en la vida que es mi hermano, por estar al pendiente de mí y formar parte de mi familia. Te quiero mucho.

A Pablo Tendilla. Por ser mi amigo, por estar conmigo, por tus enseñanzas y buenos momentos, por tu apoyo y por formar parte de mi familia. Te quiero mucho.

A Nadia Franco. Por tu apoyo, por estar al pendiente de mí, por haber compartido conmigo uno de los más maravillosos viajes que he vivido. Te quiero mucho.

Al amor de mi vida Stephanie Díaz. Por tu amor, tu cariño, tu paciencia, por estar conmigo cuando te he necesitado, por tu gran apoyo en la realización de este trabajo, pero sobre todo por darme lo que será el más grande regalo de nuestras vidas, nuestro bebé. Te amo muchísimo y de verdad mil gracias amor.

A César Díaz, María Teresa Ramírez y Paul Díaz. Por abrirme las puertas de su hogar, por hacerme sentir como de la familia, por su apoyo y cariño. Los quiero mucho.



A mis mejores amigos. Marco Antonio Orozco, Joel Hernández, Ángeles García, Laura García, Viridiana Pérez, Marisol Flores, Iván Mercado, Berenice García, Ilhuicatl Martínez, Sergio Rodríguez, Carlos Ramírez, Noel Montesano, Orestes Díaz, Arístides Díaz, Ana Laura Pérez, Edia Velázquez, Alejandro Puente, Eric Puente, Eréndira Suaste, Alejandra Barrios, Claudia De La Campa, Ivette Aburto, Paola Álvarez, Mariana Gómez, David Barrios y Sandra Rivas. Por todos estos años juntos y los que nos faltan, por haber estado cuando más los he necesitado, por su apoyo incondicional, por los buenos y malos momentos, muchísimas gracias a todos.

A mis amigos. Isaac Nava, Marisa, Alan Olvera, Alejandro Manrique, Gabriela Belmont, Belén Barroso, Laura Zaldívar, Abigail Jurado, Carla Perea, Claudia Flores, Alejandro Ruvalcaba, Mayra Robles, René Méndez, Enrique Rivera, Rodrigo Castro, Sac Nictec Franco, Laura Méndez, Itzel Martínez, Carolina Barajas, Alma Patricia Ruiz y Luis Alberto Hernández. Por haberlos conocido, por brindarme su amistad y por los buenos momentos.

A Héctor Leopoldo, Dolores, Adriana, Gabriela y Alejandra Hernández Baez, Julia López, Mariana Suazo, Carlos Moreno y Lucía Tapía. Por haber cuidado de mí desde pequeño, por su apoyo, sus consejos, su cariño y amistad.
Muchas gracias.

A la Dra. María Elena Nieto Cruz. Por su gran apoyo para la realización de este trabajo, por su cariño, su tiempo y paciencia. Muchísimas gracias.

A la Dra. Fabiola Trujillo, Dra. Verónica Barbosa, Dra. Georgina Avilés, Dr. Enrique Sandoval, Dra. Nayelli Sosa, Dra. Rosina Pineda, Lic. Vladimír, Briseida, Martha, Don Chava y a todo el personal de la Clínica Periférica Padierna. Por su apoyo, sus enseñanzas, su buen trato y por siempre haberme hecho sentir como en casa.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
1. ANTECEDENTES.....	9
2. HÁBITOS.....	10
2.1 Hábitos bucales.....	11
2.2 Hábitos bucales perniciosos.....	11
2.3 Clasificación de los hábitos.....	14
2.3.1 Succión digital.....	14
2.3.2 Bruxismo.....	16
2.3.3 Onicofagia.....	18
2.3.4 Respiración bucal.....	18
2.3.5 Hábito labial.....	20
2.3.6 Hábito de chupón.....	21
2.3.7 Interposición lingual o deglución atípica.....	21
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
4. JUSTIFICACIÓN.....	24
5. HIPÓTESIS.....	25



6. OBJETIVOS.....	25
6.1 Objetivo general.....	25
6.2 Objetivos específicos.....	25
7. METODOLOGÍA.....	25
7.1 Tipo de estudio.....	26
7.2 Población de estudio.....	26
7.3 Muestra.....	27
7.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	27
7.5 Variables.....	27
7.5.1 Dependientes.....	27
7.5.2 Independientes.....	28
7.6 Operacionalización.....	28
7.7 Recolección y análisis de información.....	30
8. RESULTADOS.....	31
9. CONCLUSIONES.....	40
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
11. ANEXOS.....	44



INTRODUCCIÓN

La salud bucal es parte fundamental de la salud general, ya que un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las afecciones bucales constituyen un problema de salud por la alta prevalencia y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación, discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.

Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud pública.

La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones, no son riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas problemas de salud y ocupan el tercer lugar como problema bucal.^{1,2}

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares, por ejemplo, la acción normal del labio y la masticación.

Los hábitos nocivos que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos deseados, que son una parte de la función orofaríngea normal y juegan así un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal.

Los hábitos que deben preocupar son aquellos que pueden estar implicados en la etiología de la maloclusión. Los patrones habituales deletéreos de conducta muscular, a menudo están asociados con crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentarias, hábitos respiratorios perturbados, dificultades en la dicción, equilibrio alterado en la musculatura facial y problemas psicológicos. Por lo tanto



no se puede corregir la maloclusión sin ocuparse de esas actividades reflejas.

Por lo general, estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que ésta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del cirujano dentista, el tratar de convencer a los pacientes del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de los hábitos antes mencionados.

Es importante, además, la cooperación de los padres, ya que la llave para la eliminación de un hábito es la motivación de los padres en sus hijos.

En esta investigación se determinó la prevalencia de los hábitos bucales perniciosos más comunes que se presentaron en niños que acudieron a la Clínica Periférica Padierna de la UNAM en el 2010. Dicha información nos servirá posteriormente para establecer programas de educación para la salud orientados a los padres de los niños que presentan algún tipo de hábito bucal pernicioso.



1. ANTECEDENTES

En la Habana, Cuba, la Dra. Zunay de Jesús Cepero Sánchez y la Dra. Iliana Hidalgo-Gato Fuentes llevaron a cabo un estudio en una escuela primaria del área de salud de Santa Martha, Municipio Varadero, provincia de Matanzas, en el periodo comprendido por el curso escolar 2005-2006.

La población estuvo constituida por 120 niños de preescolar y primer grado de esta escuela, obteniendo una muestra representativa de 87 escolares que presentaban hábitos bucales deformantes.

El 72,5 % de los niños estudiados se encontraban afectados, mientras que el 27,5 % no presentó ningún hábito perjudicial.

En relación con el sexo, este mostró un comportamiento equitativo entre ambos, con un ligero predominio de las féminas (47,9 %) en relación con los varones (46,3 %) de mayor edad.

El uso del biberón es el que más se destacó, con el 72,9 % en el sexo femenino y el 56,4 % en el masculino, seguido de la proyección lingual (52,0 % y 40,5 %, respectivamente).³

Por otro lado, la Dra. Odalys Acevedo Sierra y la Dra. Clara Rosa Rosell Silva realizaron un estudio en 341 niños de 5 a 11 años, del municipio Cienfuegos, en el periodo de Diciembre 2004 a Septiembre 2005. Además del examen clínico, se realizó entrevista a padres/tutores y maestros de cada niño. La información fue almacenada en un formulario de datos y se registraron variables como: edad, sexo, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.

La frecuencia de hábitos bucales deformantes fue de 73,9 %. Los hábitos más frecuentes fueron la proyección lingual (47,2%), la succión de biberón (32,6%) y la onicofagia (23,5%), con predominio de todos ellos en el sexo femenino. De los niños que presentaron hábitos, el 72,2 % desarrolló anomalías, siendo la vestibuloversión (21,1 %), el resalte aumentado (20,2 %) y la incompetencia bilabial (17,9 %) las más frecuentes.⁴



En Toledo, España, La Dra. Martha Aguilar Roldán, la Dra. Carmen Villaizán Pérez y el Dr. Iván Nieto Sánchez, especialistas en Ortodoncia, realizaron un estudio sobre 1220 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre 6 y 12 años escolarizados en colegios públicos de ámbito rural de la provincia de Toledo, España. Una odontóloga y una higienista hicieron una revisión completa registrando los hábitos orales y las maloclusiones que estos escolares presentaban tras obtener el consentimiento informado firmado de los padres y/o tutores. Los resultados fueron: frecuencia de maloclusión 23,49 %; frecuencia de hábitos orales anómalos por orden de frecuencia: onicofagia 44,4%, respiración oral 37,2%, succión digital 3,9% y deglución atípica 3,1%.⁵

En San Luis Potosí, México, la Dra. Margarita Ponce Palomares y la Dra. Yolanda Hernández Molinar llevaron a cabo un estudio en 489 niños de 0 a 6 años, de ambos sexos pertenecientes al DIF, o Sistema para Desarrollo Integral para la Familia del Gobierno Municipal de San Luis Potosí, México.

El 62% de la población de esta corta edad, tiene desviaciones que rompen el patrón de normalidad para la dentición temporal, en la mayoría de los casos, hubo presencia de hábitos alrededor de las maloclusiones diagnosticadas, entre los hábitos de mayor presencia fue el de dedo, deglución atípica, bruxismo y onicofagia, en menor medida, respiración bucal, succión labial, biberón, chupete, morder objetos.⁶

2. HÁBITOS

En psicología, se define como hábito a cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.⁷

El hábito es una práctica que se adquiere por la frecuente repetición de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y deglución, considerados funcionales o fisiológicos.⁸



En la “Ética a Nicómaco”, obra de Aristóteles escrita en el siglo IV a.C. que hace referencia de uno de los primeros tratados conservados sobre ética y moral de la filosofía occidental, Aristóteles define los hábitos como aquello en virtud de lo cual el comportamiento puede ser bien o mal respecto de las pasiones.⁷

El hábito predispone a un sujeto para la realización perfecta de una tarea o actividad. En la medida en que la naturaleza predispone también a un sujeto, (puesto que le da inclinaciones) la tradición habla de los hábitos como de segundas naturalezas.

Patricio Maraboli menciona, que un hábito es hacer una misma cosa todo el tiempo sin esfuerzo alguno, es una acción automática, es como una ciega rutina.⁸

2.1 Hábitos bucales

Los hábitos bucales se pueden definir como vías de desfogue emocional y de equilibrio de estados de ansiedad, aunque ciertos hábitos llegan a servir como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares, como por ejemplo la acción normal del labio y la masticación, estos hábitos son una parte de la función orofaríngea normal, representando un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal.⁹

2.2 Hábitos bucales perniciosos

Un hábito nocivo es ese comportamiento que se repite y repite en el tiempo y que puede resultar ampliamente perjudicial para la salud, ya que implica procesos mentales que conllevan a la inflexibilidad conductual.



Usualmente los hábitos nocivos son muy fáciles de adquirir y por alguna razón pareciera que no hubiera fricción o dificultad alguna al obtenerlos. Por ejemplo, el quedarse acostado hasta tarde en la cama, chuparse el dedo, la flojera, ser descuidado; en otras palabras, todo lo que uno sabe que no es apropiado para el crecimiento físico-espiritual. Aun así, se le da la bienvenida y el control total sobre las personas. El hábito nocivo es un freno que no permite evolucionar, y no permite llegar a ser una mejor persona.

Lo más aconsejable para alguien que manifiesta un hábito nocivo es romperlo y ésto se conseguirá, ya sea repitiendo el comportamiento hasta que se vuelva por si mismo desagradable, o en su defecto separar al individuo de aquel estímulo que lo induce a una conducta incorrecta o perjudicial.

Se recomiendan cinco métodos comúnmente empleados para romper con las costumbres indeseables:

1. Sustituir la acción habitual por una nueva
2. Repetir el comportamiento hasta que se vuelva desagradable
3. Separar al individuo del estímulo que lo induce a determinada conducta
4. Habitación
5. Castigo⁷

Ejemplo de hábitos nocivos son los hábitos de:

- Succión digital
- Bruxismo
- Onicofagia
- Respiración bucal
- Hábito labial



- Hábito de chupón
- Interposición lingual o deglución atípica

Etiológicamente se han clasificado en:⁷

- Instintivos: por ejemplo el hábito de la succión, el cual se considera funcional en las primeras etapas de la vida, pero si perdura en el tiempo ocasiona daño en la cavidad bucal
- Placenteros (succión digital)
- Defensivos: en este caso se desarrolla la respiración bucal en las personas con rinitis alérgicas, asmáticos, etc.
- Hereditarios: como malformaciones congénitas que acarrear un hábito concomitante, ejemplo de ello son las inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, etc.
- Adquiridos: en las personas con paladar fisurado que han sido intervenidos quirúrgicamente mantienen la fonación nasal, principalmente para los fonemas k, g, j, y para las fricativas faríngeas al emitir la s y la ch.
- Imitativos: en la forma de colocar los labios y la lengua, al hablar, gestos, muecas, etc.

Los hábitos bucales más frecuentes relacionados con la etiología de los problemas ortodónticos y ortopédicos citados por Sano, son:⁷

- Interposición lingual o labial
- Succión de labios, carrillos, dedos, chupones
- Respiración bucal



2.3 Clasificación de los hábitos

2.3.1 Succión digital

Existen opiniones muy variadas sobre el hábito de succión de dedo, generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el periodo de dentadura mixta (de los 6 a los 12 años), pueden producirse consecuencias importantes.

La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá de la fuerza, frecuencia y duración de cada periodo de succión. El desplazamiento de piezas o inhibición de su erupción puede provenir de dos fuentes: 1) la posición del dedo en la boca, y 2) la acción de palanca que ejerza el niño con otras piezas y el alveolo por la fuerza que genera si además de succionar, presiona contra las piezas.¹⁰

La succión de dedo pulgar en el lactante preocupa a los padres y al pediatra porque la causa de este hábito puede ser un problema en la alimentación y se relaciona con la rapidez en la ingesta de alimentos y con la tensión nerviosa durante el periodo de alimentación.

Muchos niños succionan su dedo pulgar u otros dedos durante cortos periodos en la lactancia y la fase inicial de la niñez, se considera normal durante los dos primeros años de vida, muchos niños no lo presentan nunca. Se debe advertir a los padres para que observen la evolución del hábito.

Cuando disminuye de forma gradual, es probable que acabe por interrumpirlo, si persiste o se incrementa y se observan modificaciones dentales o esqueléticas adversas, es aconsejable aplicar medidas correctoras específicas para evitar los trastornos oclusales.

Como ha señalado Brody, el hábito de succionar el pulgar es inaceptable desde el punto de vista social; se debe desalentar al niño en caso de ser persistente.¹¹



Según Salzman, el efecto del hábito de succión sobre los huesos maxilar y mandibular, así como sobre la oclusión de los dientes, depende de varios factores, entre ellos la frecuencia, el grado de desarrollo osteogénico, la dotación genética y el estado de salud del niño.¹¹

El hábito de succión del pulgar no es problema dental. Sin embargo, el dentista debe constatar la presencia real del hábito, determinar su causa, describir sus posibles consecuencias en caso de que se mantenga y, en casos seleccionados, ayudar al paciente a superarlo.

No se debe considerar ninguna de las medidas correctoras para eliminar el hábito, si no se ha elaborado una historia clínica que indague la causa del problema, los padres pueden indicar si el hábito está relacionado con algún problema de la alimentación, si es un trastorno adquirido por imitación o por alguna otra causa, o a un problema emocional complejo.

El papel que desempeñan los padres en la corrección de los hábitos orales es importante, los regaños o castigos al menor producen una tensión todavía mayor e intensifican el hábito.¹¹

El hábito de succión digital se presenta con mucha frecuencia, pero no es apreciado por el odontólogo por la prontitud con que se inicia y porque suele terminar a los 3 o 4 años.

Aunque pueden succionarse uno o más dedos, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, mientras que la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de éste dependerán de la posición, la intensidad, frecuencia y duración del hábito, ya que en algunos casos su incidencia es escasa y, por lo contrario puede producir mordida abierta.

Freud sugería que la oralidad en el infante está relacionada con la organización pregenital y la actividad sexual y no está separada todavía de la toma de alimento. Así, el objeto de una actividad, la succión del pulgar, también es el de otra, lactancia.⁹



En una serie de estudios se aprendió que en general, los niños no chupadores de pulgar tomaban un tiempo más prolongado para alimentarse que el de los chupadores de pulgar. En oposición a la teoría del impulso oral de Sears y Wise, cuyo trabajo sugiere que la fuerza del impulso oral es, en parte, una función de cuánto tiempo un niño continúa alimentándose por medio de la succión.

Benjamín sostiene que la succión del pulgar es expresión de una necesidad de chupar que surge por la asociación de la succión con los aspectos reforzadores primarios de la alimentación.

Así mismo señala que surge simplemente de los reflejos arraigados comunes a todos los infantes mamíferos. Estos reflejos primitivos son máximos durante los 3 primeros meses de vida, esto fue probado cubriendo las manos del infante con mitones las primeras semanas de vida.

Melsen et al., hallaron que la succión digital y la succión del chupete aumentaban la tendencia hacia la deglución anormal.⁹

Engel afirmaba que, al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.¹⁷

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse de ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento, y el reflejo de moro, todos presentes al nacimiento.¹⁰

Un efecto similar producirá la succión del chupete, que en niños mayores de 2 años inhibirá el crecimiento de los procesos alveolares, provocando mordida abierta.¹²

2.3.2 Bruxismo

El bruxismo es el frotamiento o rechinar no funcionales de los dientes, este hábito se produce por la noche y cuando se mantiene durante un periodo prolongado, provoca abrasión de los dientes



temporales y permanentes. En casos que se mantiene hasta la vida adulta, el resultado puede ser una enfermedad periodontal, un trastorno de la articulación temporomandibular o ambos.¹¹

Generalmente es un hábito nocturno producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el paciente está despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras.

Las causas del bruxismo no se saben pero se cree que tal vez tenga una base emocional ya que generalmente ocurre en pacientes nerviosos o irritables, y que por lo general presentan otros hábitos.¹⁰

En pacientes nerviosos se ha descubierto que puede ser de forma consciente o inconsciente y se puede prolongar por un tiempo indefinido, también se ha observado en enfermedades orgánicas como epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

El bruxismo puede o no alterar la posición dentaria, dependiendo de si está o no asociado con un deslizamiento en la posición intercuspidea.⁹

Es fundamental para la solución de este trastorno, partir de la causa que lo genera.

Ramfjord considera que la interferencia oclusal desencadena el bruxismo, sobre todo cuando se acompaña de tensión nerviosa. Sheppard por su parte recomienda la construcción de una placa de mordida palatal.

En los pacientes que no presentan un trastorno psicógeno grave pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, los fármacos tranquilizantes facilitan la superación del bruxismo. No se debe esperar cambios espectaculares en unas pocas noches, pero es posible que al cabo de varios meses el paciente realice progresos importantes.¹¹

Se dice que también el rechinar los dientes durante el sueño es normal en los más pequeños, incluso hasta los doce años. La presión de una arcada sobre la otra, estimula el avance natural de la mandíbula.



2.3.3 Onicofagia

Onicofagia es el hábito de morderse las uñas, este hábito es desarrollado después del hábito de la succión. Es bastante frecuente en niños en edad preescolar, observándose igual proporción en ambos sexos.

Existen variados estudios sobre la onicofagia como el realizado por Joseph M. Sim. y Sidney B. Finn en donde comentan que este no es un hábito bucal pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación.¹⁰

Moyers menciona que el hábito de onicofagia o morderse las uñas es mencionado como una causa de malposiciones dentarias.⁹

Aunque en todos los estudios se concuerda en que este hábito se presenta en pacientes nerviosos y tensos, que con mucha frecuencia de igual manera presentan un desajuste social y psicológico el cual es más grave que el mismo hábito.

La onicofagia alcanza su cumbre entre los 11 y los 13 años y no guarda relación con el nivel mental de la persona.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que el onicóforo es una persona hiperactiva, autoritaria, que exterioriza poco o mal sus sentimientos y vive en estado de tensión y preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante.¹⁴

Sin embargo en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores.¹⁰

También se ha demostrado que los niños con onicofagia lo hacen con el fin de aliviar la tensión, pero cuando el niño crece y se convierte en adulto este hábito es cambiado o sustituido por otros objetos.¹⁰

2.3.4 Respiración bucal

En los niños es poco frecuente, pero pueden clasificarse en tres categorías:



1) Por obstrucción, son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar, por necesidad se ve forzado a respirar por la boca.

2) Por hábito, el niño que respira por la boca continuamente lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.

3) Por anatomía, es aquel cuyo labio corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Debe poderse distinguir a cual categoría corresponde el niño.¹⁰

En la respiración bucal, los labios quedan entre abiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su función morfofuncional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales.¹⁵

Frecuentemente, se observa respiración obstructiva en niños que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por: 1) hipertrofia de los turbinatos, ejemplo: alergias, infecciones, etc. 2) tabique nasal desviado y 3) adenoides agrandados.¹⁰

Si el niño respira mal, con la boca abierta, normalmente se interviene eliminando las adenoides, culpables, muchas veces, de obstaculizar la respiración. Sin embargo, si las adenoides están sanas, después de valorar la situación con el otorrino, se puede aplicar un aparato expansor del paladar durante cinco o seis meses, lo que permite recuperar el 20% de oxígeno.¹³

En casos extremos producirán cambios esqueléticos y dentarios que afectarán la cara del individuo, que se volverá más larga, y su incompetencia labial más manifiesta, al presentar un labio superior corto por elevación de la base de la nariz, ofreciendo con su punta levantada una visión frontal de las narinas.

Durante la respiración bucal crónica, se ve un espacio libre grande, ya que la caída de la mandíbula y la protrusión de la lengua proveen una



vía de aire mas adecuada. Como el mantenimiento de la vía de aire es un reflejo primitivo y exigente que la deglución madura, está condicionada a la necesidad de respirar por la boca.

De acuerdo a lo anterior se puede considerar como un hábito o como una enfermedad, la que ha sido siempre asociada a la obstrucción de las vías respiratorias, lo que producirá una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.¹⁵

2.3.5 Hábito labial

Este hábito es más bien conocido como succión del labio o mordida de labio, la cual puede aparecer por si sola o verse con la succión digital.⁹

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

Aunque la mayor parte de estos hábitos no producen problemas dentales, si el niño lo realiza con suficiente intensidad, frecuencia y duración, puede hacer que persista una maloclusión ya existente. Sin embargo, no es fácil saber con certeza si estos hábitos pueden crear maloclusión.¹⁴

En algunos casos la succión labial puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital.¹⁰

La presentación más frecuente de succión labial es la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, con lo cual se aplica una fuerza en dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra en sentido vestibular de los dientes superiores, y retroinclinación de los incisivos inferiores, presentando un mayor grado de sobremordida horizontal.¹⁶



2.3.6 Hábito de chupón

Este hábito es muy similar al hábito de succión digital, así mismo los cambios dentales que este produce son similares a los que producen los hábitos digitales. En niños que usan chupón se observa de manera constante una mordida abierta anterior y colapso maxilar. El movimiento labial de los incisivos superiores no siempre es tan pronunciado como en el hábito digital.

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

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

Desde el punto de vista teórico es más fácil erradicar los hábitos de chupón que los digitales.¹⁶

2.3.7 Interposición lingual o deglución atípica

También llamada atípica o infantil por la continuidad de la deglución infantil después de la aparición de los dientes anteriores en la dentición primaria, ya que esta desaparece por lo general a los 18 meses de edad, momento en que ya han hecho erupción los incisivos, caninos y primeros molares temporales, por lo que se podría decir que la deglución infantil se relaciona con la succión, mientras que la deglución adulta lo hace con la masticación.¹⁵

La deglución normal del lactante se caracteriza por la intensa actividad de los labios para asir el pezón, por la relajación de los músculos elevadores de la mandíbula de manera que la boca esté abierta por completo.

La transición fisiológica de la deglución se inicia durante el primer año de vida y, por lo general, continúa durante varios años después.¹¹



Lo que resulta mas evidente en la deglución infantil es la ausencia de contacto entre ambos maxilares por interposición lingual, donde la deglución es iniciada y en gran medida guiada por intercambio sensorial entre los labios y la lengua interpuesta, mientras que en la deglución madura existe un máximo contacto oclusal y capacidad de la lengua para efectuar un sellado completo contra los dientes y los procesos alveolares.¹⁵

El patrón de deglución madura se caracteriza por la relajación de los labios, la colocación de la lengua por detrás de los maxilares y la elevación de la mandíbula hasta el contacto de los dientes posteriores; este patrón de madurez no se observa hasta que el niño tiene cuatro o cinco años.

Lo más probable es que algunos niños en edad preescolar, con una posición anterior de la lengua, todavía no hayan aprendido a seguir el patrón adulto.

Según Mason, la deglución implica varios factores. El niño con hábito de succión del dedo pulgar presenta un retraso en la transición hacia el patrón deglutorio del adulto y, por tanto, se considera como un traccionador lingual durante los primeros años de dentición mixta. El cambio hacia el patrón del adulto no se producirá hasta que se corrija el hábito de succión, aunque se frecuente la transición espontánea en este sentido.

Proffit considera que la única indicación del tratamiento miofuncional en el niño con tracción lingual, sin trastornos relacionados con el lenguaje ni maloclusión, es la prevención de estos mismos problemas.¹¹

Las degluciones con empuje lingual que pueden ser etiológicas de maloclusión, son de dos tipos:

- 1) La deglución con empuje lingual simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos
- 2) La deglución con empuje lingual complejo. El niño normalmente traga con los dientes en oclusión, los labios ligeramente cerrados, y la lengua contra el paladar, detrás de los dientes anteriores.



La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está asociada a una historia de succión digital, aun cuando el hábito pueda ya no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.

Los empujes linguales complejos, por otra parte, muy probablemente están asociados con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis o faringitis.⁹

Melsen et al., en uno de los mas definitivos estudios informados, dice que la deglución con empuje lingual y la deglución con dientes separados favorecen en el desarrollo de distoclusión, resalte superior extremo y mordida abierta. Hay un aumento en la deglución con empuje lingual (empuje lingual simple) tanto con la succión del chupete o digital. Otros hábitos linguales que a menudo se confunden con deglución con empuje lingual incluyen la succión de la lengua, la retención de la postura lingual infantil y de la deglución infantil.

En definitiva, la deglución anómala conlleva interposición lingual entre los dientes, para estabilizar la mandíbula y producir el sellado de la cavidad oral, la falta de presión lingual sobre el paladar y la fuerte presión de los buccinadores contribuyen a la falta de desarrollo transversal del maxilar superior, presentando con frecuencia una mordida cruzada bilateral, a la vez que se asocia con una mordida abierta anterior por la interposición lingual entre los incisivos que impide la erupción de los dientes.¹⁵



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los factores etiológicos de mayor relevancia en el desarrollo de las maloclusiones son los hábitos bucales perniciosos, los cuales en la mayoría de los casos pasan inadvertidos por los padres e incluso por los profesionales de la salud bucal.

Debido a este desconocimiento, se observó que era de suma importancia determinar la prevalencia de hábitos bucales perniciosos de la población infantil de la Clínica Periférica Padierna de la UNAM.

Esto conlleva a formular algunas preguntas:

¿Cuál hábito tiene mayor prevalencia?

¿En qué género predominarán los hábitos bucales perniciosos?

4. JUSTIFICACIÓN

El realizar un diagnóstico temprano de hábito bucal pernicioso de cualquier tipo puede advertir alteraciones como: deformaciones óseas, movilidad dental, maloclusiones y cambios psicológicos.

Si los padres de familia cuentan con la información bucal adecuada se pueden interceptar, e incluso eliminar a edades tempranas los hábitos bucales perniciosos, evitando así los altos costos de la ortodoncia correctiva, por lo tanto el motivo de este estudio es determinar la prevalencia de hábitos bucales perniciosos en la población infantil de la Clínica Periférica Padierna y de esta manera establecer programas de educación para la salud bucal.



5. HIPÓTESIS

- El hábito de Onicofagia es el de mayor prevalencia.
- Los hábitos nocivos predominan más en el sexo femenino.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de hábitos bucales perniciosos en niños que acudieron a la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM.

6.2 Objetivos específicos

- Identificar los hábitos bucales perniciosos que se presentaron en los niños que acudieron a la Clínica Periférica Padierna de la UNAM.
- Determinar que hábitos bucales perniciosos son más frecuentes por edad y sexo.

7. METODOLOGÍA

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



Se realizó un interrogatorio a cada padre de familia o tutor previo a la revisión de sus hijos, con la finalidad de proporcionar información con relación a los niños, como son edad, sexo, hábitos bucales perniciosos que presentaban sus hijos en ese momento, así como el tiempo de presentar el hábito -días, meses, años-, frecuencia y tiempo en horas al día en que lo realiza.

El tiempo de presentar el hábito en cada niño es importante, ya que es un factor de riesgo, junto con la frecuencia e intensidad, para causar una probable maloclusión.

Cada paciente tramitó su carnet de la clínica periférica ya mencionada para posteriormente ser recibido por el tesista para su revisión, la cual fue llevada a cabo en una unidad dental, con luz artificial, empleando un espejo dental no. 5 esterilizado, guantes y cubrebocas.

En la hoja de registro (anexo II) los datos fueron asentados en cada casilla, dependiendo del hábito o hábitos que presentaba el paciente. Se registró el día, mes, año o años desde que se presentó el hábito. La frecuencia se marcó señalando si es mayor en la mañana, tarde o noche. Para finalizar, el tiempo se registró con números de acuerdo a las horas en las que realiza el hábito en un día.

7.1 Tipo de estudio

Observacional, descriptivo y transversal.

7.2 Población de estudio

Pacientes que asistieron a la Clínica Periférica Padierna de la UNAM en un periodo comprendido de Septiembre a Octubre del 2010, en edad preescolar y escolar de ambos sexos.



7.3 Muestra

Muestra disponible, la cual estuvo constituida por 38 pacientes, que firmaron la carta de consentimiento informado, se presentaron los días de revisión y cumplieron con los criterios de inclusión.

7.4 Criterios de inclusión y exclusión

1) Criterios de inclusión.

- Pacientes que se presentan a la Clínica Periférica Padierna de la UNAM en el periodo comprendido de Septiembre a Octubre del 2010.
- Pacientes que acudan en el turno vespertino los días martes y viernes.
- Pacientes de 3 a 10 años de edad.
- Pacientes con autorización de los padres o tutores.

2) Criterios de exclusión.

- Pacientes sin autorización de los padres o tutores.
- Pacientes mayores de 10 años de edad.
- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

7.5 Variables

7.5.1 Dependientes

- Tipo de hábito bucal pernicioso.



7.5.2 Independientes

- Edad.
- Sexo.

7.6 Operacionalización

Succión digital.

Se registró cuando se observó proinclinación de los dientes anteriores superiores y mordida abierta. Los dedos comprometidos aparecían enrojecidos, limpios, con la uña corta y aplanada y una callosidad en la parte del dedo en donde se realiza la succión.¹⁴

Bruxismo.

Se registró cuando se observó un desgaste excesivo de los dientes, reducción de la dimensión vertical, aplanamiento de la cara oclusal de los molares, hipersensibilidad y movilidad dental. Se le interrogó al padre de familia o tutor del paciente si había percibido algún sonido emitido por los dientes del niño, si el paciente había tenido alguna fractura inesperada de un diente o de una restauración, si padecía dolores de cabeza frecuentes o dolor de la articulación témporo-mandibular.^{12,16}

Onicofagia.

Se registró cuando se observó un desgaste significativo de los dientes anteriores y una o varias uñas mordisqueadas o mal cortadas.¹⁶



Respiración bucal.

Se registró cuando se observó resequedad de los labios e irritación de la mucosa faríngea, labio superior corto y exposición de los incisivos superiores, labio inferior grueso y evertido, aumento del tercio inferior de la cara y retrusión del mentón.

Se observó si el paladar se encontraba alto, si la cabeza la inclinaba hacia atrás, si dormía con la boca abierta o tenía frecuentes infecciones de garganta, si mantenía la boca abierta durante todo el día.¹⁴

Hábito labial.

Se registró cuando los labios se observaban inflamados, enrojecidos, secos y cuando había una notable retracción principalmente del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, lo cual podría provocar inclinación vestibular de los incisivos superiores y retroinclinación de los incisivos inferiores, con aumento de over-bite.

Hábito de chupón.

Se registró al observarse mordida abierta anterior con colapso del maxilar superior, paladar más estrecho con mordida cruzada posterior debido al incremento de actividad de los músculos que conforman las mejillas. El movimiento labial de los incisivos superiores no siempre es tan pronunciado como en el hábito de succión digital. Se le preguntó al padre de familia o tutor si el niño continuaba con el uso del chupón.



Interposición lingual.

Se registró al observarse la posición de la lengua durante la deglución palpando el músculo temporal, ya que este músculo se contrae, mientras que la mandíbula se eleva y los dientes se mantienen juntos, esto con el fin de excluir la deglución atípica.

Deglución atípica.

Se registró cuando se observó si la musculatura perioral estaba hiperactiva, ausencia de contracción a la palpación del músculo masetero y desviación de los patrones de una deglución madura como son la oclusión de todos los dientes, el contacto de la lengua con la parte anterior del paladar y una mínima contracción de los labios.

También se observó la presencia o ausencia de la interposición lingual entre la mandíbula y la maxila al momento de deglutir, así como la presencia o ausencia de la mordida abierta.

7.7 Recolección y análisis de información

La información fue recolectada por medio de encuesta en forma directa e indirecta, con base en un interrogatorio al padre de familia o tutor y una exploración bucal al paciente pediátrico.

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

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



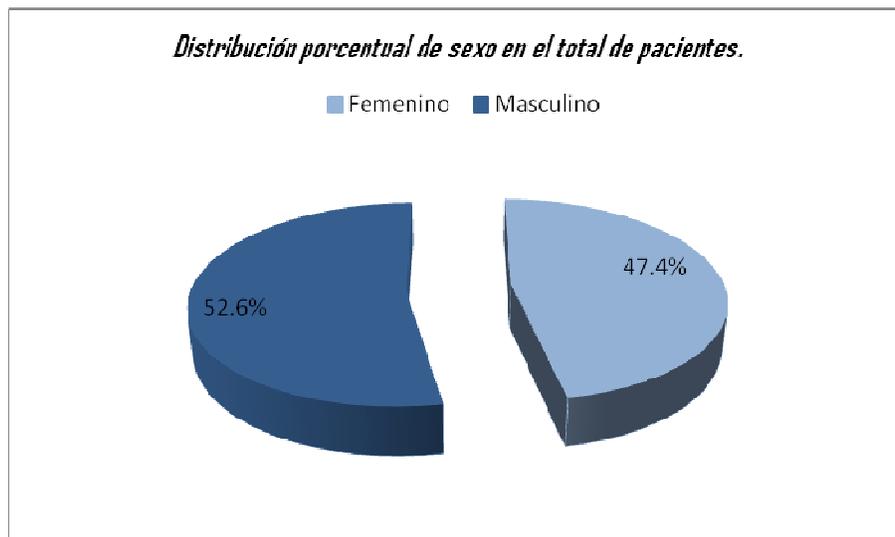
8. RESULTADOS

La población sujeta a estudio estuvo constituida por un total de 38 pacientes de los cuales el 52.6% (20 pacientes) pertenece al sexo masculino, mientras que el 47.4% (18 pacientes) pertenece al sexo femenino. (Cuadro 1 y gráfico 1).

Sexo	Porcentaje %	Frecuencia
Femenino	47.4	18
Masculino	52.6	20
Total	100	38

Fuente directa.

Cuadro 1. Distribución porcentual y de frecuencia de sexo en el total de pacientes de la "Clínica Periférica Padierna" de la UNAM en el 2010.



Fuente directa.

Gráfico 1. Distribución porcentual de sexo en el total de pacientes de la "Clínica Periférica Padierna" de la UNAM en el 2010.



La edad promedio para todo el grupo fue de 6.7 años de edad para cada uno de los integrantes. (Cuadro 2)

Edad promedio
6.7

Fuente directa.

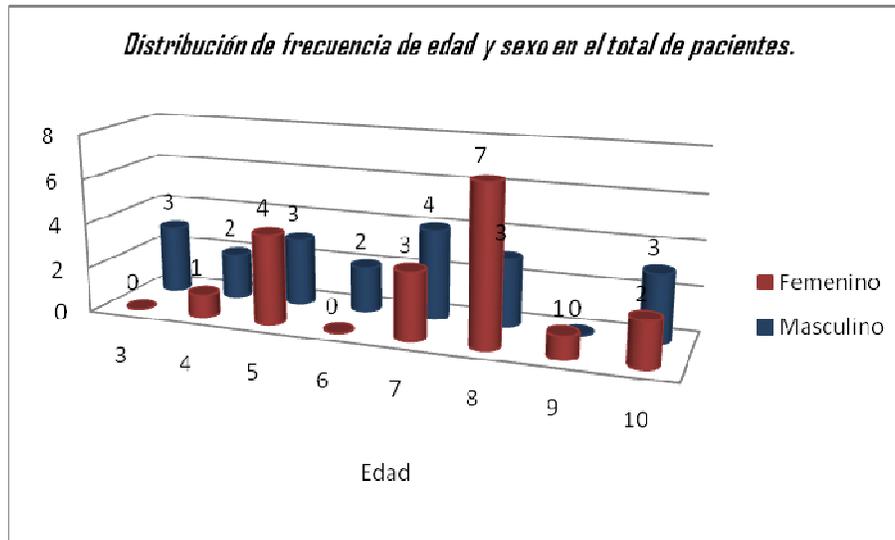
Cuadro 2. Distribución promedio de la edad en el total de pacientes de la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM en el 2010.

De 38 pacientes registrados la distribución por edad y sexo fue la siguiente: para el sexo masculino la mayor frecuencia de edad es de 3, 5, 7,8 y 10 años con 3 pacientes por cada una de las edades, y para el sexo femenino es de 8 años con 7 pacientes. (Cuadro 3 y gráfico 2).

Edad	Femenino	Masculino	Total
3	0	3	3
4	1	2	3
5	4	3	7
6	0	2	2
7	3	4	7
8	7	3	10
9	1	0	1
10	2	3	5
Total	18	20	38

Fuente directa.

Cuadro 3. Distribución de frecuencia de edad y sexo en el total de pacientes de la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM en el 2010.



Fuente directa.

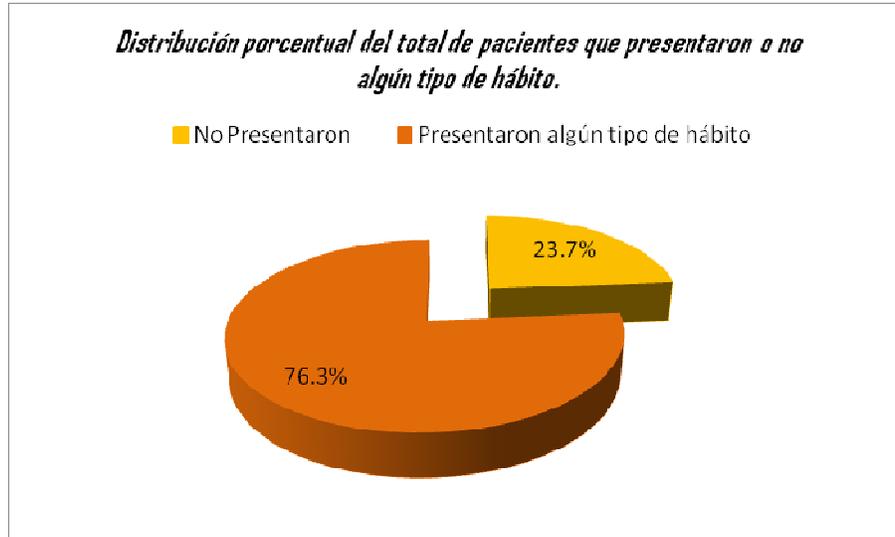
Gráfico 2. Distribución de frecuencia de edad y sexo en el total de pacientes de la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM en el 2010.

Del total de pacientes atendidos el 23.7% (9 pacientes) no presentaron ningún hábito, mientras que el 76.3% (29 pacientes) presentaron algún tipo de hábito. (Cuadro 4 y gráfico 3).

Hábito	Porcentaje	Frecuencia
No presentaron	23.7%	9
Presentaron	76.3%	29
Total	100%	38

Fuente directa.

Cuadro 4. Distribución porcentual y de frecuencia del total de pacientes de la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM en el 2010 que presentaron o no algún tipo de hábito.



Fuente directa.

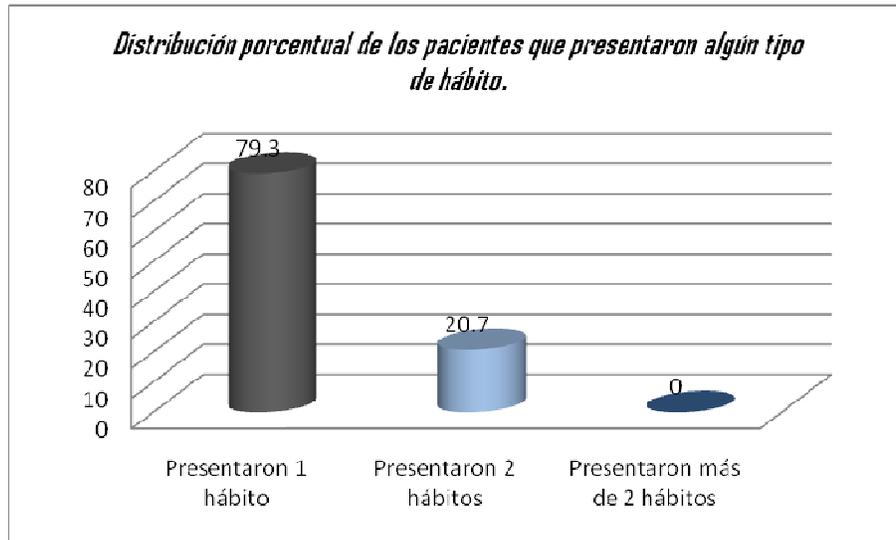
Gráfico 3. Distribución porcentual del total de pacientes de la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM en el 2010 que presentaron o no algún tipo de hábito.

De los 29 pacientes (76.3%) que presentaron algún hábito, 23 pacientes (79.3%) presentaron un hábito, 6 pacientes (20.7%) presentaron dos hábitos y ningún paciente (0%) presentó más de dos hábitos. (Cuadro 5 y gráfico 4).

	Porcentaje	Frecuencia
Presentaron 1 hábito	79.3%	23
Presentaron 2 hábitos	20.7%	6
Presentaron más de 2 hábitos	0%	0

Fuente directa.

Cuadro 5. Distribución porcentual y de frecuencia de los pacientes que presentaron algún tipo de hábito en la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM en el 2010.



Fuente directa.

Gráfico 4. Distribución porcentual de los pacientes que presentaron algún tipo de hábito en la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM en el 2010.

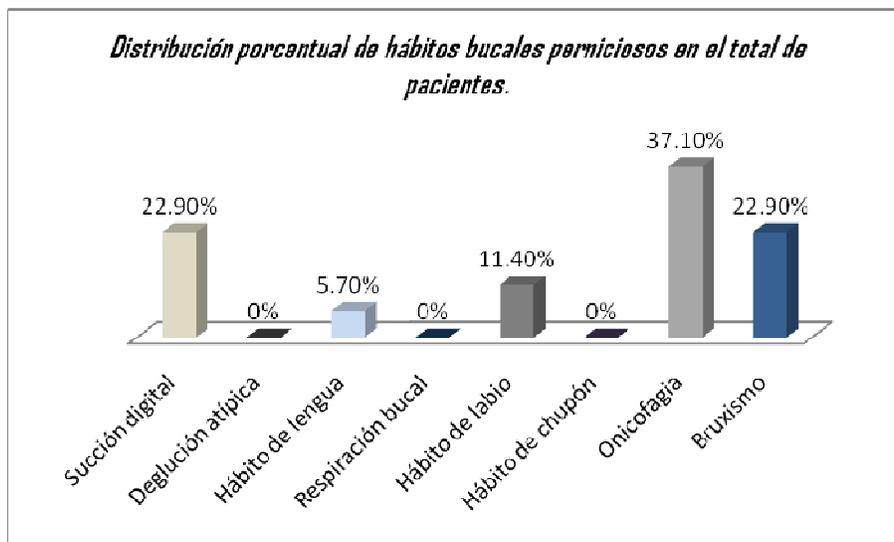
De los 29 pacientes (76.3%) que presentaron algún hábito, se obtuvo una frecuencia de 35 hábitos bucales perniciosos, donde la distribución porcentual de éstos fue de la siguiente manera: el hábito más frecuente que se encontró en la población estudiada fue la Onicofagia con el 37.1% (13 pacientes), seguida del hábito de succión digital y bruxismo con 22.9% (8 pacientes) y los hábitos con nula frecuencia fueron los hábitos de respiración bucal, hábito de chupón y el de deglución atípica. (Cuadro 6 y gráfico 5).



Hábitos	Porcentaje	Frecuencia
Succión digital	22.9	8
Deglución atípica	0	0
Hábito de lengua	5.7	2
Respiración bucal	0	0
Hábito de labio	11.4	4
Hábito de chupón	0	0
Onicofagia	37.1	13
Bruxismo	22.9	8
Total	100	35

Fuente directa.

Cuadro 6. Distribución porcentual y de frecuencia de hábitos bucales perniciosos en el total de pacientes de la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM en el 2010.



Fuente directa.

Gráfico 5. Distribución porcentual de hábitos bucales perniciosos en el total de pacientes de la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM en el 2010.

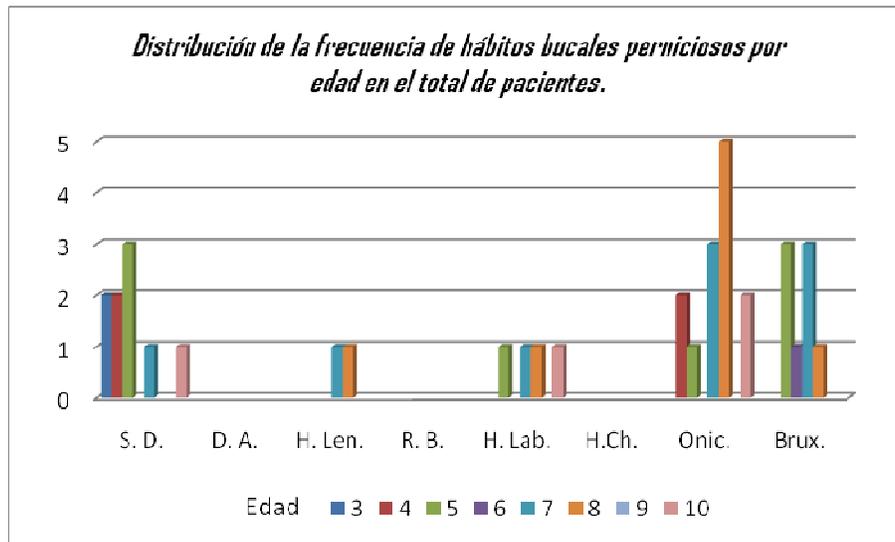


Es importante destacar que en los niños de 10 años de edad se detectaron 4 hábitos, en los niños de 6 años de edad se presentó solo un hábito, y en los niños de 3 años de edad se presentó solo un hábito. La mayor frecuencia de hábitos se presentó en niños de 5, 7 y 8 años. La Onicofagia tuvo la mayor frecuencia en niños de 8 años con un total de 5. (Cuadro 7 y gráfico 6).

Edad	S.D.	D.A.	H. Len.	R.B.	H. Lab.	H. Ch.	Onic.	Brux.	Total
3	1								1
4	2						2		4
5	3				1		1	3	8
6								1	1
7	1		1		1		3	3	9
8			1		1		5	1	8
9									
10	1				1		2		4
Total	8		2		4		13	8	35

Fuente directa.

Cuadro 7. Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos por edad en el total de pacientes de la "Clínica Periférica Padierna" de la UNAM en el 2010.



Fuente directa.

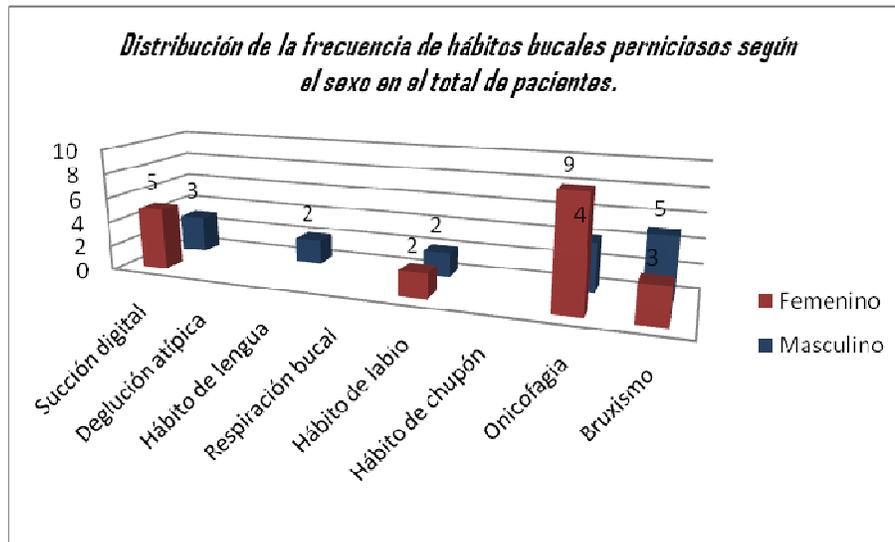
Gráfico 6. Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos por edad en el total de pacientes de la "Clínica Periférica Padierna" de la UNAM en el 2010.

En el sexo femenino se registró la mayor frecuencia de hábitos bucales perniciosos con 19. El hábito que tuvo la mayor frecuencia en el sexo masculino fue el bruxismo con 5 y en el sexo femenino fue la onicofagia con 9 en total. (Cuadro 8 y gráfico 7).

Sexo	S.D.	D.A.	H. Len.	R.B.	H. Lab.	H. Ch.	Onic.	Brux.	Total
Femenino	5				2		9	3	19
Masculino	3		2		2		4	5	16
Total	8		2		4		13	8	35

Fuente directa.

Cuadro 8. Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos según el sexo en el total de pacientes de la "Clínica Periférica Padierna" de la UNAM en el 2010.



Fuente directa.

Gráfico 7. Distribución de la frecuencia de hábitos bucales perniciosos según el sexo en el total de pacientes de la “Clínica Periférica Padierna” de la UNAM en el 2010.



9. CONCLUSIONES

En esta investigación sólo se reportó el hábito bucal pernicioso, en virtud de que el tiempo de presentar el hábito (días, meses, años), la frecuencia y el tiempo (horas en un día), no se tomaron en cuenta, debido a que los datos obtenidos no eran confiables, ya que los familiares no recordaban con exactitud dicha información o no la sabían. Las hipótesis de investigación se comprobaron, ya que el hábito de Onicofagia es el de mayor prevalencia y en el sexo femenino predominaron la mayoría de los hábitos.

Se sugiere que se realicen investigaciones similares en la Facultad de Odontología de la UNAM, así como en sus diferentes Clínicas Periféricas, ya que hay escasos estudios publicados y consecuentemente podrán obtenerse muestras más amplias en la población mexicana, lo que permitirá obtener la frecuencia de los hábitos bucales perniciosos y con esta información se podrán planificar programas de educación para la salud.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piédrola G, et al. Medicina preventiva y salud pública. 8 ed. Barcelona; 1988. Pp. 762-82.
2. Limonta Vidal ER, Araújo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN 2000. Pp. 9-15.
3. Cepero Sánchez, Hidalgo Gato-Fuentes. Intervención educativa en escolares de 5 a 6 años con hábitos bucales deformantes. Revista Cubana de Estomatología. V.44 N.4 Ciudad de La Habana Oct.-Dic. 2007.
4. Acevedo Sierra, Rosell Silva, Mora Pérez, Padilla Gómez. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años de Cienfuegos. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Vol. 6. No. 2. 2008.
5. Aguilar Roldán, Villaizán Pérez, Nieto Sánchez. Frecuencia de hábitos orales: factor etiológico de maloclusión en población escolar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Edición electrónica. Oct 2009.
6. Ponce Palomares, Hernández Molinar. Frecuencia y distribución de maloclusión en una población de 0 a 6 años de edad en san luis potosí méxico. Programa bebe clínica potosina. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Edición electrónica. Oct 2009.
7. Wikipedia. Hábito (Psicología). Enciclopedia libre. [http://es.wikipedia.org/wiki/H%C3%A1bito_\(psicolog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/H%C3%A1bito_(psicolog%C3%ADa))
8. Davidson, P.A., Haryett, R.D., Hábitos bucales perniciosos, Gaceta dental. <http://www.abettertodayenespanol.com/el%20habito.html>



9. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992. pp. 252-62.
10. FINN Sidney: Odontología pediátrica. Interamericana. 4^o edición México 1973. P.p. 326-337.
11. Mc Donald, Ralph. E; Avery, David R. Odontología pediátrica y del adolescente. Editorial Médica Panamericana, México, 5ta Ed, 1990 P.p.848.
12. Barbería Elena. Odontopediatría. Editorial Masson, Barcelona, 2da Ed. 2001. P.p. 432.
13. Romo, Edurne. Sus dientes de la A a la Z. Revista "Mi bebé y yo". Vol. 2. No. 155. 2010. P.p. 4-9.
14. Sogbe, de A. Rosemary. Conceptos básicos en odontología pediátrica, Editorial Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela, Editorial Desinlimed, Caracas. 1996, P.p. 691.
15. Boj JR. Odontología pediátrica. 1992. 1: P.p. 85-88.
16. Pinkham, J.R; Kohn DW. Odontología pediátrica, Editorial Interamericana Mc Graw Hill, México, 2da ed. 2001. P.p. 667.
17. Engel G.L.: Psychological development in healt and disease. Philadelphia, W.B. Saunders Co. 1992. P.p. 133.
18. Barber k. Thomas. Odontología pediátrica. Editorial El manual moderno, México D.F. 1985, P.p. 431.
19. Braham L. Raymond. Odontología pediátrica, editorial médica panamericana, Buenos Aires, 1984. P.p. 647.



-
20. Walter Figueiredo I. R, Ferelle A, Myaki I. Odontología para el bebé, editorial AMOLCA, Sao Paulo Brasil, 2000. P.p. 246.
21. Koch, Goran; Modeer Thomas; Poulsen Sven; Rasmussen Per. Odontopediatría. Enfoque clínico. Editorial médica panamericana, México, 1994. P.p. 288.
22. Van Waas. Hubertus J. M. Stockli W. Paul. Atlas de odontología pediátrica. Editorial Masson, Barcelona España, 2002. P.p. 359.
23. Graber, T. M.: Orthodontics: Principles and practice. 2nd ed. Philadelphia. W. B. Saunders Co. 1966. P.p. 191-195.
24. Rakosi, T.: Thumbsucking and malocclusion. D. Abst., 4:1. 1959. P.p. 119-127.



Anexo I

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

México 2010

ESTIMADO PADRE DE FAMILIA

Por medio de la presente solicitamos su consentimiento para que usted participe contestando unas preguntas y su hijo o hija a una inspección bucal, la cual no implica ningún riesgo, con fines estadísticos. La información será utilizada en la tesina "Prevalencia de hábitos bucales perniciosos en niños que acudieron a la Clínica Periférica Padierna. UNAM. 2010."

Por su colaboración muchas gracias.

Atentamente
Sadot Canseco Acosta

___ Si consiento

___ No consiento

Que mi hijo (a)

Participe en la entrevista y la exploración bucal arriba mencionada.

Firma del padre o tutor



Anexo II

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS EN NIÑOS QUE ACUDIERON A LA “CLÍNICA PERIFÉRICA PADIERNA. UNAM. 2010.”

No. De identificación ___ ___ ___

I. Datos personales

Nombre:

Edad:

Años ___ ___

Sexo: Femenino ___ Masculino ___

II. Hábitos.

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

Tiempo de presentar el hábito (Meses, días, años) _____

Tiempo (horas en un día) _____

Frecuencia: Mañana _____ Tarde _____ Noche _____

Observaciones: