



I B=J9FG=858 `B57 =CB5 @5I Hé BCA5 `89`AvL=7C



: 57I @H58 `89`9GHI 8 =CG`GI D9F =CF9G`N5F5; CN5

75FF9F5 `89 7 =FI >5BC `89BH=GH5

DF9J5 @B7 =5 `89` < â 6 =HC G`CF5 @G

D5 F5: I B7 =CB5 @G

M`GI F9 @57 =é B`7 CB`9 @H=DC `89` : 5 A =@5 89`DF C798 9B7 =5ž

9B`I B`; FI DC `89`DF99G7 C @5 F9G

5 @CF =9BH9 `89` @ `7 = 858 `89`AvL =7C

H`9`G`=G.

D5F5`C6H9B9F`9 @HâHI @C`89

7 =FI >5BC `89BH=GH5

PRESENTA:

<9FBâB89N`; CBNâ @N`8I @9`?5F =B5

DIRECTOR:

DR. JOSÉ FRANCISCO MURRIETA PRUNEDA

ASESOR:

C.D.E.O. VICENTE AGUSTÍN MONTAÑO HORIUCHI

MÉXICO, D. F. 8\$%&



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

75D&H @C	Dz[]bU
I. Introducción	3
II. Justificación	5
III. Planteamiento del Problema	7
IV. Marco teórico	8
V. Marco de referencia	24
VI. Hipótesis	28
VII. Objetivos	29
VIII. Universo de Estudio	30
IX. Tipo de Estudio	31
X. Variables de Estudio	32
XI. Metodología	33
XII. Resultados	43
XIII. Discusión	72
XIV. Conclusiones	76
XV. Recomendaciones	77
F YZf YbWUg'6]V']c[fzZUg	78
5B9LCG	
Anexo 1. Formato de consentimiento informado	84
Anexo 2. Cuestionario para padres de familia	86
Anexo 3. Ficha epidemiológica para los preescolares	88
Anexo 4. Cronograma de actividades	90

Los hábitos son patrones aprendidos de naturaleza muy compleja, derivados como un reflejo condicionado que aparece durante el crecimiento y desarrollo de un sujeto y adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, los cuales originan tendencias instintivas.¹

Los hábitos bucales pueden ser de tipo funcional o de tipo parafuncional; los primeros se dan como resultado de la acción repetida de una función normal, mientras que los segundos se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.¹⁻³ La importancia de diagnosticar la presencia de un hábito parafuncional desde el punto de vista estomatológico, radica entre otras condiciones relevantes, que este tipo de hábitos interfieren con el patrón regular de crecimiento normal de los maxilares, y consecuentemente en el desarrollo de la oclusión en la dentición secundaria, pudiendo producir algún tipo de maloclusión.⁷ Los hábitos parafuncionales que han sido observados con mayor prevalencia son: la succión (digital y labial), hábitos de morder (objetos, onicofagia, queilofagia y proyección lingual), el bruxismo y la respiración bucal; los cuales pueden tener un impacto diferente dependiendo de su prevalencia, intensidad, duración y dirección.¹⁻⁷

Se sabe que dichos hábitos pueden ser manifestaciones de problemas de adaptación o de expresión emocional inadecuada del niño; los cuales pueden expresar una necesidad emocional profundamente arraigada y debido a ello ser un mecanismo de defensa contra el medio externo, que para el infante resulta ser hostil.⁶ El entorno en el cual se desarrolla el niño puede resultar determinante para que practique este tipo de hábitos debido a que le puede generar un estado de bienestar y satisfacción.⁷ La estructura familiar no se encuentra ajena a este hecho, reconociéndose la posibilidad de que ambientes familiares menos estables puedan ejercer en el niño la necesidad de evadir condiciones de inseguridad a través de la adopción de algún hábito parafuncional. Así familias nucleares Biparentales al parecer pueden brindar condiciones de mayor

estabilidad emocional en el niño en comparación con el que proviene de familias nucleares Monoparentales, entendiéndose como familia nuclear Biparental aquella que se encuentra constituida por la presencia tanto del padre como de la madre.⁸⁻¹⁷

La prevalencia de los hábitos parafuncionales es muy variable, ya que para algunas poblaciones se reporta porcentajes muy bajos (menos del 5% de la población), mientras que en otras la prevalencia es mucho más elevada, llegando a manifestarse en más del 50% de la población estudiada. En cuanto al tipo de hábito parafuncional, la succión digital y la onicofagia son las de mayor presencia en los grupos estudiados, pero no se descarta la posibilidad de que este comportamiento varíe entre grupos poblacionales según el país de origen. La succión digital es una relación senso-motora resultante de estímulo-respuesta, como parte de un reflejo normal. Representa una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido, estimulada en este último por olores, sabores y cambios de temperatura; es también una respuesta a estímulos en la zona bucal o perioral. Se inicia durante el primer año de vida y suele continuar hasta los 3 o 4 años de edad.^{1, 6-7} Su prevalencia es muy variable ya que se han reportado porcentajes de casos que van desde el 8.1% hasta el 62%.¹⁸⁻²⁶ Mientras que la onicofagia es la acción de morder o comerse las uñas. Muchos niños lo adquieren al abandonar el hábito de succión de chupón o del dedo. Al igual que el hábito de succión digital su prevalencia también es sumamente variable, con porcentajes de presencia a nivel poblacional en un rango entre el 9.8% al 66.3%.²⁷⁻³¹ Los demás hábitos orales parafuncionales son igualmente relevantes para el desarrollo de la oclusión dental ya que pueden alterarla, pero al no ser tan frecuentes como el bruxismo, la succión digital y la onicofagia, su abordaje obedece más a las expectativas de describir cuál es su distribución en la población.³²⁻³⁵

El presente trabajo tuvo como propósito medir la prevalencia de hábitos orales parafuncionales, así como su posible relación con la estructura familiar de procedencia, en un grupo de preescolares de la zona oriente de la Ciudad de México.

≡ >I GH≡ 757 ≡ B

Los hábitos orales parafuncionales son vistos con mayor frecuencia en la población infantil, sobre todo en aquellos niños que se encuentran dentro de la edad preescolar y escolar. Estos hábitos por lo general pueden ser reflejo de problemas emocionales o psicológicos en los niños, también producen efectos nocivos a nivel bucal como maloclusiones, afección de los músculos orofaciales, retraso en la erupción dentaria y daños en el desarrollo craneofacial, por lo que pueden afectar la salud integral de los individuos que los practican. Las investigaciones de hábitos orales parafuncionales en niños mexicanos son escasos, es por ello que se considera importante realizar un estudio de este tipo junto con la edad de esta población, permitiendo conocer su frecuencia, de esta forma darles un seguimiento y evitar complicaciones y/o secuelas futuras.

El odontólogo juega un papel sumamente importante para poder detectarlos, ya que puede proporcionar las medidas de prevención necesarias llevando un trabajo multidisciplinario que ayude a restaurar la función del sistema estomatognático y salud del individuo. Actualmente se pueden encontrar variedad de trabajos que hablan acerca de los hábitos orales parafuncionales en los que se menciona cual es la frecuencia y el tratamiento a seguir para erradicarlos, en algunos casos se dice la posible etiología así como las repercusiones en cavidad oral de los mismos, pero en muchos de ellos se ha dejado de lado el núcleo familiar en el que se desenvuelve el niño y las repercusiones que trae consigo, lo que asigna la condición novedosa al presente estudio y el motivo por el que se pretende tomar en cuenta.

La posibilidad de llevar a cabo el presente estudio es alta debido a que la línea de investigación en hábitos parafuncionales, cuenta con los recursos materiales y físicos necesarios para llevarlo a cabo. Las condiciones para la localización de la población, recolección, procesamiento y análisis de la información son adecuadas así mismo contamos con el acceso a esta población ya que dentro de las instalaciones de la Honorable Cámara de Diputados estuve haciendo mi servicio social, misma dependencia en la cual está el Centro de Desarrollo Infantil Antonia Nava de Catalán”.

El impacto y trascendencia de este estudio es alta, debido a que no sólo se describe el comportamiento de los hábitos orales parafuncionales, sino de cómo influye el núcleo familiar en el que se encuentra el niño, determinar en qué edades es más frecuente, ya que es de suma importancia dar a conocer a los padres sobre esta situación y crear conciencia sobre la prevención odontológica temprana para que en un futuro tengan una baja incidencia de problemas de maloclusión dental; datos que pueden ser relevantes para describir el comportamiento de esta problemática de salud bucal.

== D@BH95A@BHC`89@DFC6@A5

Los hábitos orales parafuncionales tales como: los de succión, ya sea labial o digital, respiración bucal, mordedura de objetos, onicofagia, bruxismo, son desarrollados frecuentemente por los infantes desde la etapa preescolar, evento que puede ser una condicionante para el desarrollo de cualquier tipo de maloclusión en dentición secundaria, por lo tanto es posible preguntarse:

¿Cuál será la prevalencia de hábitos orales parafuncionales en preescolares de 3 a 5 años del CENDI “Antonia Nava de Catalán” de la Honorable Cámara de Diputados?, asimismo, ¿Existirá alguna asociación de la prevalencia de los hábitos orales parafuncionales con la edad, sexo y el Tipo de familia?

⇒" A5F7C'H9éF⇌C

Los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.¹Siendo un reflejo condicionado que aparece durante el crecimiento y desarrollo normal.² Según el diccionario de la Real Academia Española, podemos decir que la palabra hábito significa “modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas³.

Los hábitos incluyen los gestos, la forma de mover las manos al hablar, hasta las preferencias en las lecturas, pasando por la satisfacción de las ansias personales, como en el hábito de fumar o de comer en exceso. Cabe mencionar que los psicoanalistas consideran los hábitos como expresiones de pulsiones eróticas o agresivas, que si estas son reprimidas, encontrarán un comportamiento repetitivo e improductivo de ciertos hábitos ritualizados, teniendo así poco control voluntario⁴. Formando así parte básica del ser humano que, interrelacionándose entre sí sentará las bases fundamentales para el desarrollo armónico del niño de forma integral. Dicho proceso es delicado y puede alterarse por múltiples causas, siendo fundamental que los modos de vida y hábitos que se implantan en esta etapa sean, en el sentido más amplio, beneficiosos y no nocivos⁵.También podemos referir que el 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 se encuentran la succión que puede ser dedo, chupete, mamadera o labio, entre otros, la respiración bucal, y la interposición lingual en reposo, deglución y fonarticulación⁶⁻⁷.

Se sabe que dichos hábitos pueden ser manifestaciones de problemas de adaptación o de expresión emocional inadecuada del niño; los cuales pueden expresar una necesidad emocional profundamente arraigada y debido a ello ser un mecanismo de defensa contra el medio externo, que para el infante resulta ser hostil⁶. El entorno en el cual se desarrolla el niño puede resultar determinante para

que el niño practique este tipo de hábitos debido a que le puede generar un estado de bienestar y satisfacción⁷. La estructura familiar no se encuentra ajena a este hecho, reconociéndose la posibilidad de que ambientes familiares menos estables puedan ejercer en el niño la necesidad de evadir condiciones de inseguridad a través de la adopción de algún hábito oral parafuncional. Así familias nucleares biparentales puedan brindar condiciones de mayor estabilidad emocional en el niño en comparación con el que proviene de familias nucleares monoparentales, entendiéndose como familia nuclear que solo está constituida por un solo progenitor, ya sea madre o padre y la familia nuclear biparental será aquella que se encuentra constituida por la presencia tanto del padre como de la madre⁸⁻¹⁷.

Los hábitos pueden clasificarse en funcionales y parafuncionales. Los hábitos funcionales o beneficiosos son aquellos cuya práctica, de una función normal realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal. La masticación, la deglución y la respiración normal, constituyen ejemplos de hábitos beneficiosos o funcionales.⁸⁻⁹ Siendo el reflejo condicionado que aparece durante el crecimiento y desarrollo normal² y sirviendo como estímulo para el crecimiento de los maxilares.¹⁰

Los hábitos parafuncionales o deletéreos son los que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.⁸⁻⁹ Estos se aprenden durante el desarrollo infantil individual, siendo algo involuntario² e interfiriendo así con el patrón regular de crecimiento normal de los maxilares lo cual influye en el desarrollo de algún tipo de maloclusión¹⁰.

Los patrones 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 psicológicos⁹, lo cual puede traducirse como causa indudable primaria o secundaria de maloclusiones y deformaciones dentomaxilofaciales. Estos hábitos 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 e inmadurez emocional. Trayendo como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos periodos de tiempo¹⁴.

Los hábitos parafuncionales o nocivos que podemos encontrar son: la succión (digital y labial), hábitos de morder (objetos, onicofagia, queilofagia y proyección lingual) y respiración bucal. La evaluación del portador tiene que ser cuidadosa, para descartar el posible compromiso psicológico, problemas del área afectiva o de adaptación⁷, siendo de suma importancia señalar los siguientes factores:

a) *Su cooperación*. El éxito es dudoso sin la cooperación del niño, quien pueda derivar satisfacción de su práctica y no desear participar en el tratamiento.

b) *Duración del hábito*. Tiempo durante el cual se ejerce el hábito. Mientras mayor sea el niño, más difícil es tratar el hábito. La disminución de prevalencia con la edad se debe al aumento de factores que promueven su interrupción: autoestima, posición social, otros intereses y actividades.

c) *Sexo del paciente*. En general se considera que estos hábitos son más severos en niñas que en niños.

d) *Hábito presente en diversas circunstancias y ambientales vs hábito practicado en una sola determinada circunstancia*. Un hábito es generalizado cuando ocurre en varios horarios en muchas circunstancias en diferentes y es localizado cuando se ejercen en determinado lugar y circunstancia.

e) *Consciente vs Inconsciente*. Un hábito durante el sueño, o inconsciente durante el día es un comportamiento del que puede bloquearse atenuando el comportamiento sensorio.

f) *Cooperación de los padres*. Se ha demostrado que los mejores resultados se dan durante su intervención. La cooperación familiar disminuye las dificultades del tratamiento.

g) *Existencia de algún trastorno Psicológico.* Pueden ser de muy variada naturaleza, en la conducta adaptativa, en la esfera de lo personal social, en el campo de lo afectivo o desarrollo emocional.

h) *Frecuencia.* Que expresa el número de veces que el niño efectúa el hábito en un día.

i) *Intensidad.* La cantidad o fuerza aplicada

j) *Dirección y tipo.* Los vectores de esas fuerzas sobre los arcos, que pueden tener resultados diferentes.

k) *Edad:* A temprana edad el hueso está en plena formación y es fácilmente moldeable.

HÁBITOS DE SUCCIÓN

SUCCIÓN DIGITAL

La succión digital es una relación senso-motora resultante de estímulo-respuesta, como parte de un reflejo normal. Representa una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido, estimulada en este último por olores, sabores y cambios de temperatura; es también una respuesta a estímulos en la zona bucal o perioral⁷.

La succión digital se inicia durante el primer año de vida y suele continuar hasta los 3 o 4 años de edad¹⁵. La persistencia del hábito en el niño preescolar (2-5años) se da bajo diferentes condiciones específicas; fatiga, sueño, desplazamiento afectivo y aburrimiento, convirtiéndose en una forma de adaptación del individuo a su ambiente⁷, de ahí que ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad emocional en el niño¹⁵.

Tipos de Succión

-Nutritivo (amamantamiento, leche en biberón): brinda nutrientes esenciales

-No nutritivo: asegura una sensación de sentirse bien con calor humano y con sentido de seguridad. Es el hábito más temprano, adquirido por el niño en respuesta a una frustración y lo realiza para satisfacer la urgencia y la necesidad de contacto. Los niños que no tienen acceso a un chupete darán por satisfecha su necesidad con hábitos alternativos como la succión digital o la succión de otros objetos³. La prevalencia de la succión digital es muy variada, lo cierto es que es alta en infantes, los hábitos se reducen drásticamente hacia los 4-5 años. Farsi encontró una prevalencia en niños de entre 3 y 5 años del 10,46%, mientras que en niños entre 6 a 9 años es del 5 al 14% y a los 11-12 años entre 2 a 6%. A estas edades, este hábito es más evidente cuando se encuentran solos (antes de dormir o viendo televisión)³. Más aun cuando el niño experimenta una pérdida (familiar o mascota), miedo, dolor, cuando son menores de familia, hijos únicos, o presentan ausencia del padre.

Cabe mencionar que la presencia y severidad de alteraciones en las estructuras dentofaciales dependerá de varios factores:

-Frecuencia

-Intensidad

-Duración

-Posición del dedo dentro de la boca

Según Pinkham, la duración y la frecuencia desempeñan un papel crítico en el movimiento dentario causado por el hábito del dedo. De cuatro a seis horas de presión al día es probablemente lo mínimo necesario para causar movimiento dentario³.

Entre la variedad de formas que existen de succión digital, la más común es la succión del dedo pulgar y en algunos casos se manifiestan casos en los que dos o más dedos son succionados a la vez¹⁵.

Se sabe que el pulgar puede tomar cuatro tipos principales de posiciones durante la succión. En la primera (la más frecuente) el pulgar penetra en la boca considerablemente ocupando una gran porción de la bóveda del paladar duro y presionando contra la mucosa palatina y el tejido alveolar, el incisivo inferior presiona contra el pulgar o se pone en contacto con él.

La segunda posición es cuando el pulgar no se introduce totalmente en la zona de la bóveda del paladar duro; la tercera posición el pulgar se introduce totalmente en la cavidad oral y se pone en contacto con la bóveda palatina pero en este caso, el incisivo inferior no está en contacto con el pulgar en ningún momento durante la succión. En la cuarta posición el pulgar penetra un poco en la boca y el incisivo inferior establece contacto con el aproximadamente en la uña ¹⁶.

La succión provoca contracción de los músculos buccinadores y orbiculares, lo que impide el crecimiento transversal del maxilar superior². Los efectos típicos de la succión digital incluyen la protrusión de los incisivos superiores, la retrusión de los incisivos inferiores con el consiguiente incremento del resalte, y la mordida abierta anterior, que normalmente es asimétrica y más pronunciada hacia el mismo lado ¹⁴.

Cuando se apoya la mano sobre el maxilar inferior, se impide el crecimiento del mismo². A menudo, se observa un estrechamiento de la arcada superior debido a la reducción de la presión del aire dentro de la cavidad bucal y a la actividad de la musculatura de las mejillas, principalmente del músculo buccinador. Esta compresión del maxilar superior conduce con frecuencia a una mordida cruzada unilateral por desviación funcional de la mandíbula¹⁵. Estas alteraciones no siempre están presentes en todos los casos con historia de hábito prolongado. Los efectos de la succión digital dependerán de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogénico¹⁴.

Tabla 1
 Perfil epidemiológico de la prevalencia del hábito de succión digital en la población infantil.

Autor	Procedencia de los niños	Prevalencia	Observaciones
Paredes ²³	España	28.9%	
Onyeaso ²⁴	Nigeria	8.1%	Alta asociación entre succión digital y maloclusión dental
DaCosta ²⁶	Nigeria	33.3%	Mordida abierta anterior en el 80% de los casos con este hábito
Agurto ²²	Chile	62%	
Alemán ²⁵	Cuba	25.5%	Diferencias entre género

SUCCIÓN LABIAL

El hábito de succión labial es el que abarca la manipulación de los labios y estructuras peribucales. En la mayoría, el labio inferior es el que está implicado¹⁵. El labio inferior se coloca por detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad normal del músculo borla del mentón. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter en contacto con el labio inferior; ya que este permanece hipotónico, sin función y parece ser corto o retraído. A esta postura se le denomina postura del labio incompetente de descanso. Existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón debido al intento de crear un sello labial anterior¹⁰.

Este hábito se presenta en las maloclusiones que son acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital¹⁵. Lo cual provoca la contracción de los músculos orbiculares y

buccinadores con gran disfunción entre el labio inferior y la lengua². Los labios y los tejidos peribucales se encuentran rojos, inflamados y reseco¹⁷. La interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado una protrusión superior, una lingualización de los incisivos inferiores, con el consiguiente incremento del resalte y una mordida abierta anterior¹⁵.

CHUPONES Y MAMILAS

Dentro de los hábitos anteriores también se engloban el uso de chupones y mamilas. Se dice que el amamantamiento a diferencia de la alimentación con biberón, produce fatiga, cansancio muscular, que favorece al sueño. Cuando no se alimenta a pecho él bebe no realiza esfuerzo, sólo traga la leche y no se fatiga. Él bebe al ser amamantado, los músculos involucrados en la función de ordeño son los masticadores. Con el uso del biberón, la succión utiliza los músculos faciales, buccinadores y orbiculares principalmente².

En algunos países los niños reemplazan el biberón o chupón por dedo o labio, con un mayor grado de aceptación social, lo cual prolonga su uso y ejerce efectos sobre la oclusión⁷.

Existen diversos tipos de chupones por su tamaño y por su forma. El chupón de tipo ortodóntico, anatómico o funcional, ofrece múltiples ventajas, según sus fabricantes:

- Se adapta mejor a los labios de los niños
- Promueve la respiración nasal
- Simula la forma del pezón de la madre y permite que la lengua toque el paladar en una posición más natural de succión, promoviendo el sellado labial³.

El uso de mamila puede repercutir en caries aguda por mantener el chupón demasiado tiempo sobre las piezas dentales con los residuos de azúcar y sustancias ácidas contenidas en la misma en grandes cantidades y con bastante frecuencia (sobre todo durante la noche), estas características llevan el nombre de síndrome del biberón.

No solo se producen alteraciones en los dientes sino en todo el organismo:

- Invasión de los tejidos corporales por parte de microorganismos procedentes de dientes temporales afectados por caries y con abscesos.
- El estado general se ve perjudicado y aparece fiebre.
- Pérdida del apetito y nutrición deficiente como consecuencia de la sobrecarga de bebidas hipercalóricas.
- El exceso de líquido, que conlleva el hecho de estar bebiendo constantemente del biberón, sobrecarga además los riñones del niño ocasionando que orine más frecuentemente¹⁵⁻¹⁸.

Estos hábitos también producen el desgaste del tejido dentario, mordida abierta e incisivos superiores que sobresalen; se expande el ancho mandibular y disminuye el ancho maxilar, favoreciendo de ese modo el establecimiento de mordidas cruzadas⁷. Además, por el uso de los músculos buccinadores y orbiculares, se inhibe el crecimiento transversal de los maxilares; del mismo modo el maxilar inferior no se estimula para el crecimiento sagital².

Hay una relación clara de tiempo-efecto. Se estima dos años para tener efecto en la maxila y tres años para aumentar el ancho intercanino mandibular⁷.

Las diferencias socioeconómicas y culturales pueden tener gran influencia sobre el establecimiento, frecuencia y duración de la succión no-nutricional, observándose un aumento de estos hábitos en los países industrializados.

Los factores asociados con esta conducta incluyen la edad de la madre, el nivel de educación de la madre al tener su primer hijo y el no tener hermanos mayores.

Los chupones y los biberones han sido asociados a trastornos de desarrollo esquelético, sin embargo, no existe asociación clara entre crecimiento de arcos y el modo de alimentación⁷.

Tabla 2.
 Perfil epidemiológico de la prevalencia del hábito de succión de chupones y mamilas en la población infantil.

Autor	Procedencia de los niños	Prevalencia	Observaciones
López ²¹	Puerto Rico	95%-21%	Succión de mamila y chupón
Blanco ²⁰	Caracas	73.30 %	Succión de mamila y chupón
Cepero ⁸	Cuba	69.5 %	Diferenciación entre edades
Agurto ²²	Santiago, Chile	55% y 15%	Succión de mamila y chupón

HÁBITOS DE MORDER

Parece que los hábitos de morder tienen una incidencia tan alta como la de los hábitos de succión sin fines nutritivos. Científicamente se conocen como hábitos de fagía, entre los que podemos citar a la onicofagia (mordedura de las uñas), la queilofagia (mordedura de los labios), y la proyección lingual (mordedura de la lengua) ²⁸.

ONICOFAGÍA

La mordedura de uñas u onicofagia se considera uno de los hábitos con mayor prevalencia, tan alto como 27-33% en escolares³.

Es la acción de morder o comerse las uñas y es considerado, además, una práctica antihigiénica²⁹. Muchos niños abandonan el hábito de succión de chupón o del dedo y lo transfieren hacia la mordedura de las uñas.

Es un hábito muy difícil de reeducar, por ser bastante disimulable; el niño muerde las uñas a escondidas; por eso muchos individuos arrastran este hábito hasta la edad adulta²⁸. 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 básico¹⁻³⁰.

El acto de morderse las uñas (Billig) parece seguir una secuencia de cuatro posturas diferentes:

- La colocación de cualquiera de las dos manos cerca de la boca. Esta postura continúa por algún tiempo, desde unos cuantos segundos hasta medio minuto.
- El dedo golpea rápidamente contra los dientes anteriores.
- Una serie de mordeduras rápidas y espasmódicas, con la uña del dedo apoyada fuertemente contra el borde incisivo de los dientes.
- El niño retira el dedo de la cavidad bucal y lo inspecciona visualmente o lo palpa.

Durante el tiempo que dura esta serie de movimientos, el rostro adquiere una expresión peculiar. Si el niño se da cuenta de que lo observan, interrumpe súbitamente su actividad con lo que, al parecer, es un sentimiento de culpa³¹.

Massler y Malone resumen sus observaciones sobre el hábito de morderse las uñas como sigue³¹.

1. El hábito de morderse las uñas tiene inicio entre los cuatro y cinco años de edad.
2. La frecuencia del hábito de morderse las uñas aumenta rápidamente después de los cinco años y alcanza su máximo en la pubertad (43%). Sin embargo, comienza a declinar rápidamente después de los quince años y rara vez se observa a los treinta.
3. Los autores que han investigado el origen de este hábito están acordes en afirmar que se origina en un hábito reprobado de chuparse el dedo y, por lo mismo, es fundamentalmente un acto de transferencia. Esta hipótesis explica el hecho de que prevalezca tanto, así como la época en que se inicia.
4. El hábito tiende a desaparecer durante la adolescencia y es sustituido por otros más aceptables, como morderse los labios, masticar goma y fumar.

5. El hábito de morderse las uñas deberá ser considerado anormal antes de los tres años de edad y después de los treinta en vista de la poca frecuencia que se observa en esos años³¹.

Por lo que se refiere a las consecuencias dentales, puede causar un trauma producido por la migración y enfermedad periodontal acentuada. A veces la sola eliminación del hábito lleva la corrección de la malposición sin mecanoterapia y esto debe intentarse antes de comenzar cualquier tratamiento corrector¹.

En lo que se refiere a las consecuencias para la oclusión dental, no es tan grave como le es para los dedos o para las uñas propiamente dichas, ya que este hábito lesiona los lechos linguales y en un intento de adaptación las uñas suelen crecer más rápidamente⁴; además las uñas quedan expuestas a ulceraciones crónicas o también graves infecciones²⁸.

En los arcos dentales, pueden producirse algunas mordidas cruzadas de uno o de dos elementos, por la presión ejercida sobre el diente cuando se muerde la uña. Se ha observado también, en algunos casos intrusión de los dientes, especialmente de los incisivos superiores²⁸. Por otro lado, se dice que las fuerzas aplicadas al morder uñas son similares a las de proceso de masticación, por ende, no producen maloclusión; sin embargo pueden producir atricción⁶. Además este hábito puede producir movilidad dentaria, trastornos en las encías y estomacales²⁹, ya que pasan al tubo digestivo. Pero lo más habitual es que acaben mezclándose con las heces al final del trayecto dada la imposibilidad de digerir los restos de uña ingeridos.

Las uñas mordidas y posteriormente ingeridas pueden impactarse en la faringe y producir reacciones inflamatorias. También pueden aspirarse y engancharse a las paredes del árbol bronquial favoreciendo sobre infecciones o diversas complicaciones en el tejido pulmonar, esto gracias a la forma que adoptan los restos de las uñas mordisqueadas y por su poco peso²⁹.

QUEILOFAGÍA

Es el hábito de morderse el labio. También se entiende como la resultante de la transferencia de los hábitos de succión²⁸. Es conocido también como hábito mentoniano debido al aspecto fruncido en “pelota de golf” que adquiere el tejido sinfisario por la excesiva actividad mentoniana⁵.

Inicialmente el niño comienza con la succión del labio sujetando el labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores, y por la presión de la mordida, resulta la inclinación vestibular de los incisivos superiores y linguales en los inferiores. Como agravante se realiza la deglución en esta misma posición²⁸.

Además se obliga a la mandíbula a ocupar una posición de retrusión, al morder el labio superior con los dientes inferiores el efecto es contrario³².

La humidificación continua de la piel labial inferior puede determinar dermatitis de difícil tratamiento²⁸, también puede producir una retracción o dehiscencia del tejido gingival que recubre los incisivos inferiores. Muchas veces este hábito acompaña a los respiradores bucales por que el labio inferior queda situado entre los dientes anteriores de los dos arcos dentarios, el niño adquiere la costumbre de morderlo, aumentando así las anomalías producidas por la respiración bucal⁵.

BRUXISMO

El bruxismo es una parasomnia que ocurre predominantemente durante el sueño³. Las parasomnias, definidas como eventos físicos indeseables que ocurren exclusiva o predominantemente durante el sueño, como lo es el bruxismo⁷. Siendo una forma consciente e inconsciente de rechinar los dientes¹⁸.

Muchos factores han sido relacionados con el bruxismo en niños, entre ellos: cambios en la dentición, maloclusiones, desarrollo de la articulación temporomandibular, estrés emocional, hábitos bucales y hasta presencia de parásitos. Muchos factores han demostrado que el factor más relacionado con la presencia de bruxismo es la ansiedad³.

En uno de ellos se demostró que el 72% de los niños con bruxismo presentaban aumento en los niveles de ansiedad³⁰. Otro estudio hecho en Cuba también demostró mayores niveles de ansiedad en niños que presentaban bruxismo y con eventos no placenteros en la vida del niño.³⁴

Dicho hábito produce destrucción del periodonto y migración dentaria, la mandíbula se mueve de lado a lado (en la trayectoria pasa por oclusión céntrica) o en sentido anteroposterior, contactando así todos los dientes durante todo el movimiento. Con frecuencia se escucha un ruido de rechinar que se realiza durante el sueño³⁵.

MORDER OBJETOS

Hay niños que no sólo hacen succión en el chupón o pezón de la madre, sino que también muerden, principalmente cuando el hábito sobrepasa la instalación de la dentición decidua y llega a la mixta. La necesidad de morder es inherente, una vez que los primeros dientes deciduos establecen oclusión y permiten la función. Cuando este impulso natural de morder no sea atendido, se produce la búsqueda del mismo para satisfacerlo²⁸.

El hábito de morder objetos es común. Esto trasmite toda la fuerza de la musculatura desde un diente a través del objeto intermediario hasta el antagonista. El trauma producido causa migración y a menudo enfermedad periodontal acentuada o localizada, además de producir desgaste dentario localizado en la zona que sufre la presión³⁵.

RESPIRACIÓN BUCAL

Esta se define como la inhabilidad de respirar solamente por los pasajes nasales⁷.

Los niños respiran por la boca básicamente por tres motivos³⁶.

- ✓ Por obstrucción. Hay resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal, es decir, existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales.

- ✓ Por anatomía. Se presenta en aquellos casos en los que el labio superior corto no permite cerrar por completo sin tener que realizar gran esfuerzo. Es frecuente encontrar respiración obstructiva en niños ectomórficos que presentan caras largas y estrechas así como espacios nasofaríngeos estrechos.
- ✓ Por hábito. No hay causa obstructiva ni anatómica, se hace por costumbre.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

- Hipertrofia de los cornetes
- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal
- Adenoides hipertróficas³⁶.

Cuando el niño es amamantado hasta el año recibe el mejor estímulo de respiración nasal, así en su segundo año su sistema respiratorio puede estar lo suficientemente maduro para la función nasal².

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua (y de la propia cabeza, en menor medida), parece muy razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, pueda modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua¹⁷.

Este tipo de respiración ha recibido gran atención, posiblemente por asociar este factor como causante del llamado síndrome de respiración bucal, o facies adenoidea. La facies adenoidea: la cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores; intraoralmente, arco maxilar estrecho (en forma de V) y ojeras (líneas de Deni) ³⁵. También pueden observarse gingivitis marginal crónica queratinizada en las regiones vestibulares anterosuperiores e inferiores.

Tabla 3.

Perfil epidemiológico de la prevalencia del hábito de respiración bucal en la población infantil.

Autor	Procedencia de los niños	Prevalencia	Observaciones
Alemán ²⁵	Cuba	39 %	Diferenciación entre edades
Nieto ³⁸	Lima	29.30%	influencia de la respiración bucal con respecto a la profundidad del paladar
Cortesse ³²	Argentina	74% %	Hábito más común en los varones
Fernández ³³	Cuba	84.07%	Diferencia entre grupos estudiados
Stef nescu ³⁷		59.5%	
Agurto ²²	Santiago, Chile	23%	
Estoy ³⁶		71%	

Se concluye que la prevalencia de hábitos orales parafuncionales es sumamente alta, tomando a ésta como un factor de riesgo en la maloclusión dental principalmente a edades tempranas. Se debe tomar en cuenta que una solución a dicha problemática sería con la participación de un equipo multidisciplinario en salud conformado por: odontólogo, pediatra, otorrinolaringólogo, psicólogo, fonoaudiólogo, profesor; además de la cooperación de padre de familia y principalmente del niño.

Mientras más temprana sea la detección del mal hábito, serán menores las repercusiones que se cause. Una vez que se conozcan la problemática será de gran importancia la participación del equipo multidisciplinario en detección y abordaje oportuno del niño.

V. MARCO DE REFERENCIA

El estudio se llevó a cabo en los preescolares pertenecientes al CENDI “Antonia Nava de Catalán” ubicado dentro de las Instalaciones de la Honorable Cámara de Diputados, que pertenece a la Delegación Venustiano Carranza. D.F. Por lo que a continuación se hace una breve descripción de la zona de ubicación.

La delegación Venustiano Carranza se encuentra en la zona centro-oriente de la Ciudad de México. Colinda al norte con la delegación Gustavo A. Madero, al poniente con la delegación Cuauhtémoc, al sur con la delegación Iztacalco y al oriente con el Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.



Demografía

Población Total	564 ,022 hab*.
Densidad Poblacional	12,698.7 hab/km²*.
Lugar entre las delegaciones más pobladas	7º (4.8% de la población de la Ciudad de México)*.
Población de habla Indígena	5,808 hab.
Lenguas Indígenas principales	Náhuatl y Zapoteco
Etnografía	81% Mestiza, 16% Indígena, 3% Caucásica
Población Económicamente Activa	196,107
Casas Particulares	7,006
Marginación	Alto de acuerdo a datos preliminares del Censo de Población y Vivienda 2010/ INEGI. http://www.censo2010.org.mx/

Se encuentra a una altitud de 2,240 metros sobre el nivel del mar. Tiene un clima semiseco templado, con una temperatura media anual de 16° centígrados y precipitación pluvial de 600 milímetros anuales. Su Longitud Oeste es: 99° 02´ y 99° 08´ y su Latitud Norte es: 19° 24´ y 19° 28´.

Los límites contenidos en el Diario Oficial, consideran los decretos del 15 y 17 de diciembre de 1898, así como el del 27 de julio de 1994, expedidos por el H. Congreso de la Unión. En ellos se ratifican los Convenios celebrados con los estados de Morelos y México, en los que se le delimita a la Delegación Venustiano Carranza de la siguiente manera:

Cuenta con una superficie de 33.42km², lo que representa el 2.24% de la superficie total del Distrito Federal. La elevación máxima de esta entidad está representada por el Cerro Peñón de los Baños, que cuenta con una altura de 2290 msnm. La delegación cuenta con un total de 70 colonias, conformadas a su vez por 3220 manzanas. El Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México, así como la Alameda Oriente es considerada como colonias.

En 2005, el número de sus habitantes sumaba 447 459, de los cuales 212 050 eran hombres y 235 409 mujeres. De acuerdo a datos preliminares del Censo de población 2010* elaborado por el INEGI la población de la delegación descendió con respecto a la cifra de 2005, a 430,022 habitantes de los cuales 203,204 son hombres y 226,818 son mujeres, estableciéndose una relación hombre-mujer de 89.6, es decir que por cada 100 mujeres hay 89.6 hombres. Asimismo la delegación alberga el 4.8% de la población de la Ciudad de México. La densidad poblacional es de 12,698.7 hab/km² y según el mismo censo hay 123,010 viviendas habitadas.

Economía e infraestructura

Según datos de 1994, el 65.4% de la actividad económica estaba representada por establecimientos comerciales, los cuales sumaban un total de 19 253 en aquel año, mostrándose como la actividad más productiva. Otro sector importante es el de los servicios, ostentando el 24.7%. La delegación alberga también 42 mercados públicos, entre los que destacan La Merced, Sonora y Jamaica.

Existen 14 unidades médicas del Distrito Federal en la delegación, entre las cuales destacan el Hospital General de Balbuena y el Pediátrico Moctezuma. Asimismo hay 3 unidades médicas adicionales del IMSS y 3 más pertenecientes al ISSSTE.

Aeromar y Aviaca tiene sus sedes en el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México en la Colonia Federal, Venustiano Carranza.

Sector manufacturero.

Los tres subsectores más importantes en relación a las unidades económicas, ya que agrupan el 70.1% de éstas en el sector manufacturero delegacional son: textiles, prendas de vestir e industria del cuero; productos alimenticios, bebidas y tabaco; y productos metálicos, maquinaria y equipo. Sobresale el segundo por representar el 13.8% de las unidades económicas del subsector a nivel del Distrito Federal.

En relación al personal ocupado, los subsectores más importantes son los señalados anteriormente, ya que ocupan el 71.8% del sector delegacional. Destaca el subsector de textiles, prendas de vestir e industria del cuero por ocupar el 9.3% del personal en el subsector a nivel del Distrito Federal.

De igual forma, en lo que corresponde a la producción bruta destacan los mismos subsectores debido a que representan el 74.7% del sector delegacional. Destaca la industria textil por generar el 6.6% del subsector a nivel del D.F.

Sector comercio.

El tipo de comercio que se desarrolla en la delegación es fundamentalmente comercio al por menor ya que agrupa el 97.1 % de las unidades económicas de la delegación, ocupa al 86.4% de personal y genera el 67.7% de ingresos del total delegacional. Es significativo que el comercio al por menor de la delegación representa el 5.8% del subsector a nivel del Distrito Federal.

Sector de servicios.

Los tres subsectores más importantes en cuanto a unidades económicas, ya que representan el 81.1% de unidades de la delegación son: restaurantes y hoteles; servicios profesionales, técnicos especializados y personales; y el de servicios de reparación y mantenimiento. Destaca el primero por representar el 10.2% de las unidades del subsector a nivel del Distrito Federal.

En personal ocupado en la delegación sobresalen los subsectores de restaurantes y hoteles; servicios de reparación y mantenimiento; y servicios relacionados con la agricultura, ganadería, construcción y otros, debido a que en conjunto representan el 45.3% del sector delegacional. Destaca el último mencionado porque representa el 18.5% de ese subsector en el Distrito Federal. En ingresos generados los tres subsectores más importantes son restaurantes y hoteles; servicios profesionales, técnicos especializados; y servicios relacionados con la agricultura, ganadería, construcción y otros; debido a que representan el 82.3% del sector delegacional. Sobresale la actividad del último porque representa el 23.4% del total del subsector a nivel de la entidad.

De la población ocupada 9,094 personas se dedican a las actividades informales (ambulantes), significando el 4.9% del total de la población en edad de trabajar.

Equipamiento y Servicios.

En el Programa General de Desarrollo Urbano del Distrito Federal 1996, establece un índice de especialización del equipamiento social para cada delegación. Este índice relaciona la distribución de cada tipo de equipamiento con respecto al Distrito Federal y la compara con la distribución de la población, en cada una de éstas; es decir, relaciona la estructura porcentual de cada tipo de equipamiento con la de la población. Utilizando esta última como coeficiente, la delegación presenta los siguientes índices de especialización.

DELEGACIÓN	INDUSTRIA GENERAL	EDUCACIÓN	CULTURA	SALUD	GOBIERNO	DEPORTE	ÁREAS VERDES
Venustiano Carranza	0.72	0.61	0.20	0.60	0.33	2.22	0.37

VI. HIPÓTESIS

1. La prevalencia de hábitos orales parafuncionales en niños preescolares es alta.
2. El hábito de onicofagia fue el de mayor prevalencia en la población de estudio.
3. Existe asociación entre la prevalencia de hábitos orales parafuncionales con el tipo de familia, en niños de edad preescolar del Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán”.

VII. OBJETIVOS

General

- ◆ Identificar si existe asociación entre la presencia de hábitos parafuncionales en cavidad bucal con el tipo de familia, en un grupo de niños en edad preescolar.

Específicos

- ◆ Evaluar la frecuencia de hábitos orales parafuncionales en un grupo de niños en edad preescolar del Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán”.
- ◆ Identificar los hábitos orales parafuncionales que se presentaron con mayor frecuencia.
- ◆ Comprobar si la frecuencia de hábitos orales parafuncionales en niñas es mayor que en hombres.
- ◆ Evaluar si existe asociación entre la prevalencia de hábitos orales parafuncionales con la edad, género y el tipo de familia, en niños en edad preescolar.

VIII. UNIVERSO DE ESTUDIO

Estuvo conformado por una población de 111 niños en edad preescolar entre 3 y 5 años, de ambos sexos, pertenecientes al CENDI (Centro de Desarrollo Infantil) “Antonia Nava de Catalán” de la Honorable Cámara de Diputados, perteneciente a la Delegación Venustiano Carranza. Distrito Federal.



Fig. 1. Preescolares pertenecientes al Centro de Desarrollo Infantil

Criterios de Inclusión:

Niños de 3 a 5 años once meses de edad preescolar, de ambos sexos, que asistieron y estuvieran inscritos en el Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán” de la Honorable Cámara de Diputados.

Criterios de Exclusión:

- Niños menores de 3 años y mayores de 5 años once meses de edad.
- Niños que estuvieran inscritos a otra institución de educación preescolar, no pertenecientes al CENDI.

Criterios de Eliminación:

- Niños que no se encontraron presentes el día en que se llevó a cabo la valoración clínica.
- Niños cuyos padres no contestaron los cuestionarios a pesar de que sus hijos ya hayan sido valorados.
- Niños que no cooperaron durante la valoración.
- Niños que fueron valorados por el pediatra y su estado de salud no fue adecuado.

IX. TIPO DE ESTUDIO

El estudio epidemiológico fue de carácter observacional, descriptivo, transversal y prolectivo, en el cual se llevó a cabo la valoración clínica de los niños de interés para el estudio y la aplicación de un cuestionario a sus padres, con el fin de identificar la presencia de alguno de los hábitos orales parafuncionales de interés para la investigación.

X. VARIABLES DE ESTUDIO

INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN	CATEGORÍAS	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta su muerte	Cuantitativa	3 años 4 años 5 años	Discontinuo
Sexo	Diferencias biológicas entre hombres y mujeres	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal
Tipo de Familia	Motor indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento.	Cualitativa	Monoparental Biparental	Nominal

DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN	CATEGORÍAS	NIVEL DE MEDICIÓN
Succión digital	Acto de llevarse el dedo a la boca ejerciendo una presión vigorosa contra los dientes y paladar.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Respiración Oral	Acto de respirar por la boca compensando alguna dificultad para hacerlo nasalmente.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Onicofagia	Hábito compulsivo de comerse las uñas.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Bruxismo	Forma consciente e inconsciente de rechinar los dientes.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Queilofagia	Hábito de morderse el labio	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Morder objetos	Hábito de mordisquear cualquier objeto.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Succión labial	Hábito de chuparse el labio.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal
Uso de mamilas y chupones	Hábito de succionar con frecuencia mamilas y chupones.	Cualitativa	Presente Ausente	Nominal

XI. METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en 111 niños en edad preescolar inscritos en el Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán”, al igual que los padres de esos niños, durante el periodo 2012-2013; localizado dentro de las instalaciones de la Honorable Cámara de Diputados perteneciente a la Delegación Venustiano Carranza. Distrito Federal. Para confirmar el censo de dicha población se entregó un resumen a las autoridades de dicho plantel sobre las características del proyecto a ejecutar solicitando su apoyo. Una vez obtenido el permiso se solicitó las listas oficiales de los preescolares inscritos así como el consentimiento informado de cada padre de familia, dando la autorización para que él y su hijo fueran incluidos en el estudio, cubriendo de esta manera los aspectos ético-legales del proyecto.

Se llevó a cabo la intracalibración a través de la pasante de la carrera de Cirujano Dentista para realizar la encuesta epidemiológica, a través del método directo, la cual fue medida por medio del cálculo de concordancias absolutas y relativas, así como el estadístico de kappa de Cohen, ($k=0.87$, $p=0.001$). La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales con el propósito de verificar que esas concordancias obtenidas no hayan sido debidas al azar. Para la exploración bucal fue utilizado un espejo dental plano del #5, sin aumento y guantes desechables. El registro de los datos se hizo en un formato de ficha clínica epidemiológica, previamente validada a través de una prueba piloto.



Figura 2. Intracalibración de la pasante de la carrera de Cirujano Dentista.

El diagnóstico del tipo y presencia de los diferentes tipos de hábitos orales parafuncionales en los preescolares se realizó en dos etapas: 1) La aplicación de un cuestionario al padre de familia o tutor responsable del menor, sobre las condiciones de su hijo relacionadas con la presencia de algún tipo de estos hábitos y la identificación del tipo de familia de la cual procedía el preescolar; 2) La valoración clínica del niño para identificar la presencia de algún hábito oral, la cual se desarrolló en dos momentos; el primero a través de una exploración visual extraoral examinando dedos, labios, nariz, uñas y cutículas de los dedos de las manos y posteriormente un examen intrabucal, el cual comprendió la exploración de la lengua en reposo, el paladar y los dientes. Los criterios de diagnóstico y clasificación empleados fueron:

Valoración clínica.

El procedimiento fue utilizado en los niños para detectar hábitos anómalos se realizó en la escuela dentro del horario brindado por las autoridades para llevarse a cabo, previo consentimiento de los padres. Una vez realizada la exploración y registro de los niños, se llevó a cabo una anamnesis a los padres o tutores de cada infante correspondiente, sobre una serie de datos que confirmasen la presencia o ausencia de algún hábito parafuncional.

Los hábitos orales parafuncionales que fueron de importancia detectar para el presente estudio son: la succión digital (hábito de interposición del dedo pulgar u otros entre los maxilares), la succión labial (hábito de chuparse el labio), uso de chupón o mamilas, la onicofagia (hábito de morderse las uñas), queilofagia (hábito de morderse el labio), mordedura de objetos, bruxismo (rechinar los dientes) y la respiración bucal (hábito de respiración por la boca debido la mayoría de las veces por obstrucción nasal), La presencia de los hábitos parafuncionales fue detectada clínicamente y confirmada por parte de los padres a través del cuestionario diseñado para este propósito.

El examen extraoral comprendió la exploración visual:

- De los dedos para comprobar su limpieza o la presencia de callosidades.
- De los labios para observar a) Si el labio superior cubría los dos tercios de los dientes incisivos superiores, b) Si el cierre labial se realizaba suavemente sin forzar el labio inferior, c) Si el labio inferior se encontraba sin alteraciones en relación al superior. d) Presencia de irritación de la piel cercana al labio inferior.
- De la nariz en la cual fueron observadas dos condiciones: a) La forma de las aletas nasales se encontraran redondeadas o aplanadas y b) Si al sellar manualmente los labios, la respiración fuera normal.
- De las uñas y la cutícula de los dedos para verificar mordeduras, desgastes; así como posible inflamación o infección de las mismas.



Figura 3. Examen de los dedos y uñas



Figura 4. Examen extraoral de músculos

El examen intraoral comprendió la exploración de:

- La lengua en reposo a) Interpuesta central o lateralmente entre arcadas y b) Con presencia de marcas o cicatrices.
- El paladar donde se observó su forma
- Los dientes incisivos superiores a) con desgaste o fracturas, b) con

diastemas y c) con protrusión; y en dientes incisivos inferiores a) lingualizados y b) con desgaste o fracturas.



Figura 5. Examen intraoral

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

Succión digital: Se consideró a un niño con mal hábito de succión si sus padres contestaron que se chupaba el dedo, o bien si clínicamente presentaba las siguientes características: extraoralmente el dedo de la mano con callosidades y limpio. Intraoralmente las arcadas por separado: a) Constricción del maxilar superior e incisivos inclinados hacia adelante (protruidos) o con presencia de diastemas. b) Incisivos inferiores inclinados hacia atrás (lingualizados). Además, si los músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón se presentaban hipertónicos.



Figuras 6. y 7. Succión Digital

Respirador bucal: Se consideró respirador bucal por mal hábito si los padres respondieron que el niño pasaba día y noche con la boca abierta y si además el niño presentó una de las siguientes características: el mostrar casi toda o toda la superficie vestibular de los incisivos superiores (labio superior corto), cierre labial alterado (si al juntar los labios se hacía a expensas del inferior tornándose tenso y mostrándose en depresión el mentón, labio inferior interpuesto entre los incisivos superiores, resequedad en los labios, aletas nasales aplanadas, que al sellar los labios la respiración se aceleraba, haciéndose insuficiente o nula por no poderse ejecutar).



Figura 8. Respiración bucal

Onicofagia: Colocando al niño en una posición cómoda se separaron sus labios y se observó la integridad de los dientes, sobre todo de los anteriores superiores e inferiores en busca de atricción, desgaste y alteraciones en su posición. Además se hizo la exploración de las uñas y cutículas de los dedos de cada mano para verificar su integridad, ausencia o presencia de inflamación o infecciones. Aunado a ello, también se consideró presente este hábito en el infante si su padre o tutor contestó que se mordía las uñas con siempre o frecuentemente.



Figuras 9. Onicofagia

Queilofagia. En este hábito se examinó la piel que rodea a los labios, la hipertonicidad del músculo borla del mentón y del labio afectado; aunado a ello se consideró el presente hábito, cuando el padre o tutor contestó afirmativamente al responder que su hijo se mordía el labio.



Figuras 10. y 11. Queilofagia

Mordedura de objetos. Se observó la integridad de los dientes anteriores superiores e inferiores y la posición de los mismos; aunado a ello se consideró presente dicho hábito en el niño si el padre o tutor contestó que éste mordía algún objeto siempre o frecuentemente.

Uso de chupón o mamila. Se realizó la exploración de los dientes anteriores superiores e inferiores del preescolar para detectar caries aguda, falta de oclusión en la zona de los dientes anteriores.

Además éste hábito fue considerado presente en el infante si el padre o tutor contestó afirmativamente al cuestionamiento sobre si el niño uso chupón y tomó mamila tres o más veces al día.

Succión labial. En este hábito se examinó la resequedad que existe en alguno de los labios, la posición de los dientes anteriores; así como la hipertonicidad del labio afectado y asimetría de los músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón; aunado a ello se consideró presente este hábito cuando el padre o tutor contestó afirmativamente al cuestionamiento de si su hijo se chupó el labio.



Figuras 12 y 13. Succión Labial

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

- ✓ Plan de clasificación.- Se ordenaron los formatos de ficha clínica epidemiológica de acuerdo a las variables de interés para el estudio, como son: edad, sexo y tipo de familia.
- ✓ Plan de codificación.- Una vez que fueron clasificados se codificaron a través del método de asignación simbólico numérico, con el propósito de facilitar la identificación y localización de cada ficha epidemiológica.
- ✓ Plan de tabulación.- Para llevar a cabo la concentración de los datos fueron capturados en formato Excel el cual permitió exportar los datos al paquete estadístico SPSS 19.0 versión para Mac.
- ✓ El procesamiento estadístico propiamente dicho. Se utilizó para evaluar la prevalencia de hábitos orales, por edad y sexo, fueron calculadas frecuencias y proporciones. Para evaluar la posible asociación entre la prevalencia de hábitos orales con el sexo y la edad, calculado el valor de Chi cuadrada de Pearson para tablas de contingencia mayores de 2X2, cuando alguna de las frecuencias de las celdas fueran menor a 6 se calcularía el valor de Ji cuadrada razón de verosimilitudes y para tablas tetratéóricas la Chicuadrada de Mantel y Haenszel.
- ✓ La presentación estadística.- facilitó la interpretación y análisis de los datos, los resultados fueron presentados en cuadros y gráficos diseñados en Excel y PowerPoint versión 2010.

RECURSOS

Humanos

- 1 Responsable del proyecto
- 1 Director del proyecto
- 1 Asesor del proyecto

Físicos

- 50 Espejos dentales planos sin aumento del #5 metálicos
- 1 Mesa escolar
- 2 Sillas

Materiales

- 10 Plumas
- 5 Lápices
- 1 Galones de glutaraldehido
- 2 Recipientes de plástico de 25x18cms
- 115 Formatos de ficha clínica epidemiológica
- 115 Formatos de cuestionario para padres
- 200 Guantes desechables
- 100 Cubrebocas
- 5 Toallas chicas
- 3 Paquetes de toallas desechables

Financieros

La ejecución del proyecto fue financiado la responsable del proyecto.

ACTIVIDADES

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

XII. RESULTADOS

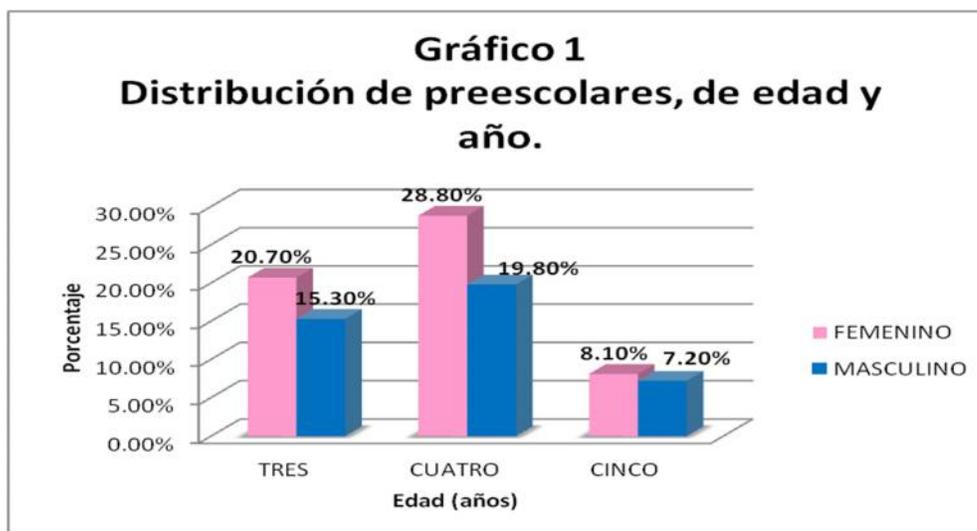
Se examinó un total de 111 niños en edad preescolar pertenecientes a el Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán; dentro de las la Honorable Cámara de Diputados perteneciente a la Delegación Venustiano Carranza. Distrito Federal, de los cuales 64 fueron mujeres y 47 hombres. De acuerdo a la edad, la población de estudio estuvo conformada de la siguiente manera: el 36.0% fueron niños de 3 años de edad, el 48.6 de 4 años y el 15.3% de 5 años (cuadro 1, gráfico 1).

Cuadro 1

Distribución porcentual de preescolares, de acuerdo a edad y sexo. Centro de Desarrollo Infantil. “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

Sexo	Edad*							
	Tres		Cuatro		Cinco		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Mujeres	23	20.7	32	28.8	9	8.1	64	57.7
Hombres	17	15.3	22	19.8	8	7.2	47	42.3
Total	40	36.0	54	48.6	17	15.3	111	100.0

*en años cumplidos



Del total de la población en estudio, el 57.7% presentaron, por lo menos, un hábito oral parafuncional, en comparación con el 42.3% de los preescolares que no los presentaron. Conforme a la edad, se observó que el grupo de cuatro años presentó el mayor porcentaje de casos de este tipo de hábitos 48.6%, seguido de la categoría de tres años 36.0% y por último el grupo de cinco años 15.3%. De acuerdo al sexo, el femenino mostro un mayor porcentaje de casos de hábitos orales parafuncionales 57.7%, en comparación con el masculino 42.3%. (Cuadro 2, gráfico 2).

Cuadro 2

Distribución de casos de hábitos orales parafuncionales.
Centro de Desarrollo Infantil. "Antonia Nava de Catalán",
2013.

Hábitos orales parafuncionales		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	47	42.3
Presente	64	57.7
Total	111	100.0

IC_{95%} 0.48-0.67



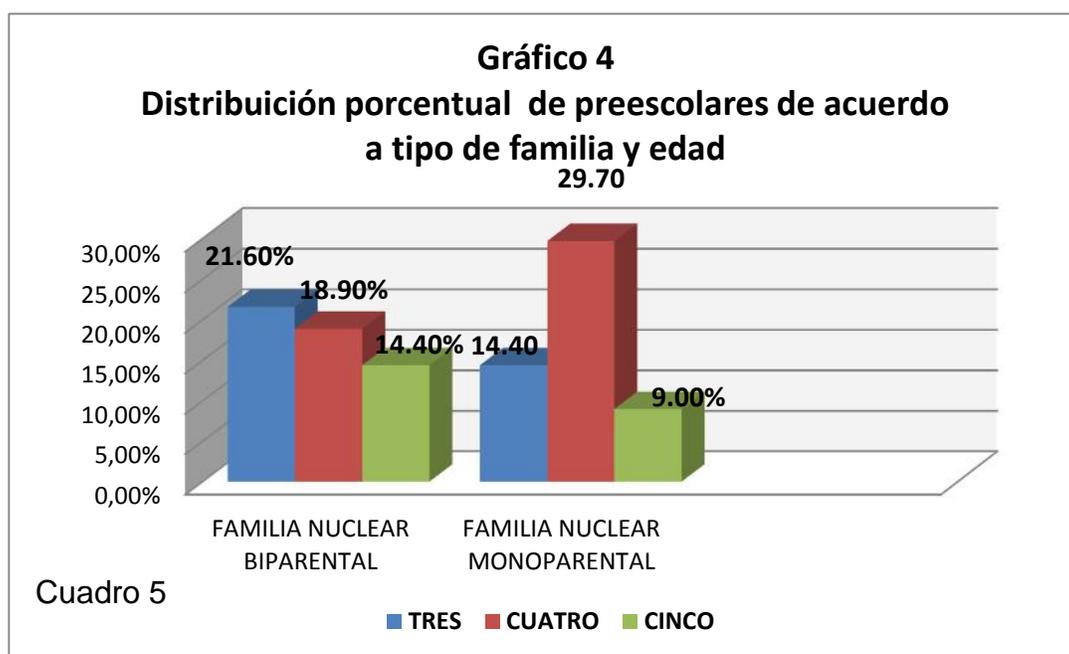
Por lo que respecta al tipo de familia nuclear Biparental de acuerdo a la edad los de tres años mostraron el 21.6%, cuatro años el 18.9% y los de cinco años 14.4%. Conforme a la familia nuclear Monoparental, 29.7% para los de cuatro años, 14.4% para los de tres años y 9.0% para los de cinco años. En cuanto al tipo de familia Biparental, respecto a el sexo femenino mostro 32.4% y masculino 22.5%. Familia nuclear Monoparental 25.2% para femenino y 19.8% masculino. (Cuadro 4-5, gráfico 4-5).

Cuadro 4

Distribución porcentual de preescolares, de acuerdo a tipo de familia y edad. Centro de desarrollo Infantil. “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

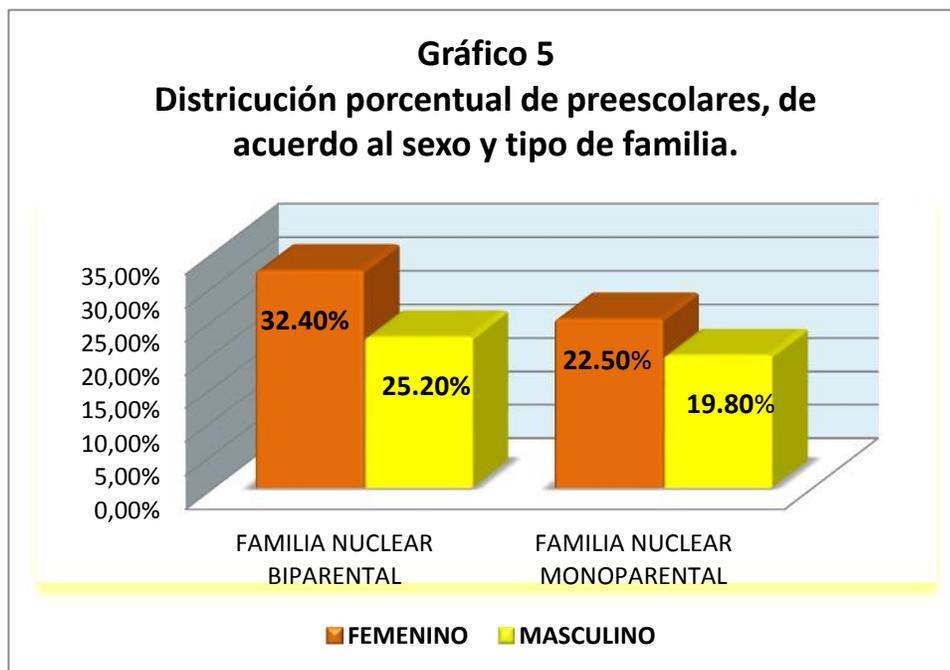
Edad*	Tipo de familia					
	Familia nuclear Biparental		Familia nuclear Monoparental		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tres	24	21.6	16	14.4	40	36.0
Cuatro	21	18.9	33	29.7	54	48.6
Cinco	16	14.4	1	9	17	15.3
Total	61	55.0	50	45.0	111	100.0

*en años cumplidos



Distribución porcentual de preescolares, de acuerdo a sexo y tipo de familia.
 Centro de Desarrollo Infantil. "Antonia Nava de Catalán", 2013.

Tipo de familia	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Familia nuclear Biparental	36	32.4	25	22.5	61	55.0
Familia nuclear monoparental	28	25.2	22	19.8	50	45.0
Total	64	57.7	47	42.3	111	100.0



El porcentaje de casos registrados con el hábito de succión digital fue del 29.1%, contrastado con el 73.9% de preescolares, en los cuales este hábito oral parafuncional no se presentó. En cuanto a su distribución conforme a la edad, se observó un mayor porcentaje de casos en el grupo de tres años (15.3%), seguido del grupo de cuatro años (6.3%) y finalmente el de cinco años (4.5%). En relación al sexo, se halló que el mayor porcentaje lo presentó el masculino con el 14.4%, comparado con el 11.7% para el sexo femenino. De acuerdo al tipo de familia nuclear biparental mostro un 24.3% y monoparental 1.8%. (Cuadros 6-9, gráficos 6-9).

Cuadro 6

Distribución frecuencial de casos de succión digital.
Centro de Desarrollo Infantil. “Antonia Nava de Catalán”,
2013.

Succión Digital		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	82	73.9
Presente	29	29.1
Total	111	100.0



Cuadro 7

Distribución frecuencial de casos de succión digital de acuerdo a sexo, edad y tipo de familia. Centro de Desarrollo Infantil. "Antonia Nava de Catalán", 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Tres	23	20.7	17	15.3	40	36.0
Cuatro	47	42.3	7	6.3	54	48.6
Cinco	12	10.8	5	4.5	17	15.3
$X^2_{\text{Razón de Verosimilitudes}}=10.711, P=0.005$						
Sexo						
Femenino	51	45.9	13	11.7	64	57.7
masculino	31	27.9	16	14.4	47	42.3
$P=0.104$						
Tipo de Familia						
Nuclear Biparental	34	30.6	27	24.3	61	55.0
Nuclear Monoparental	48	43.2	2	1.8	50	45.0
Total	246	221.4	87	78.3	333	299.9

$P=0.0001$
*en años cumplidos

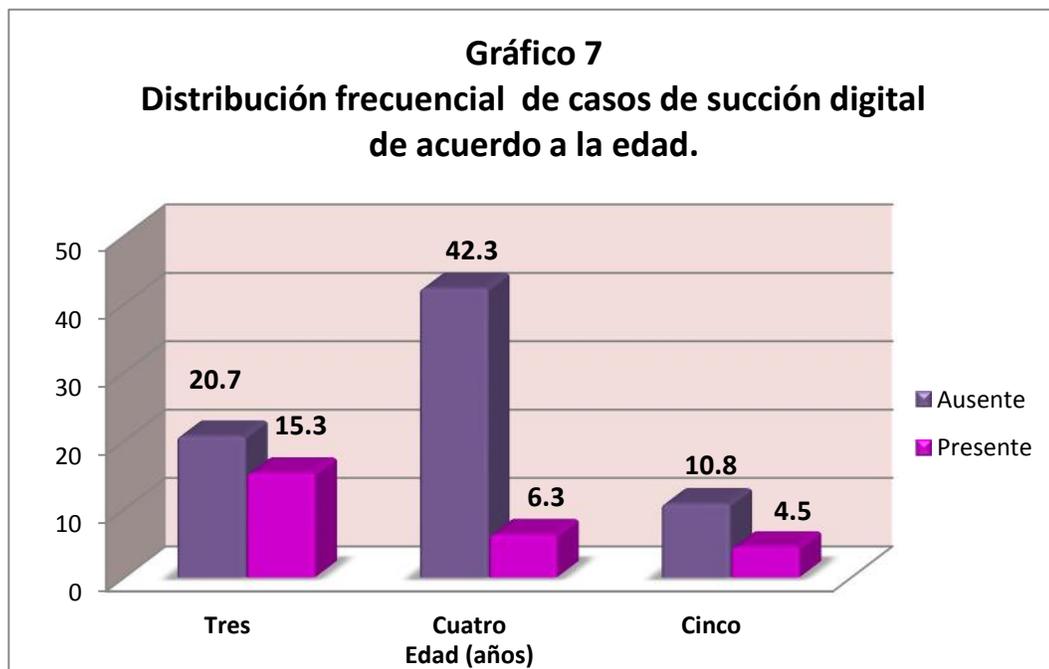


Gráfico 8
Distribución frecuencial de casos de succión digital de acuerdo al sexo

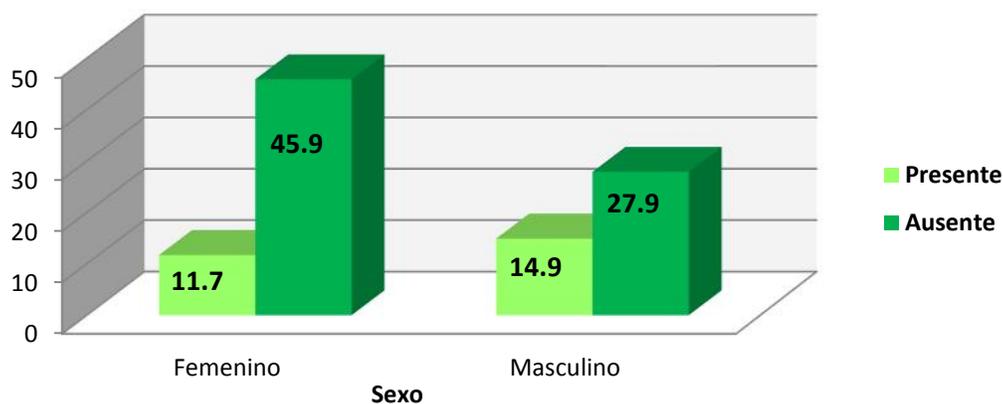
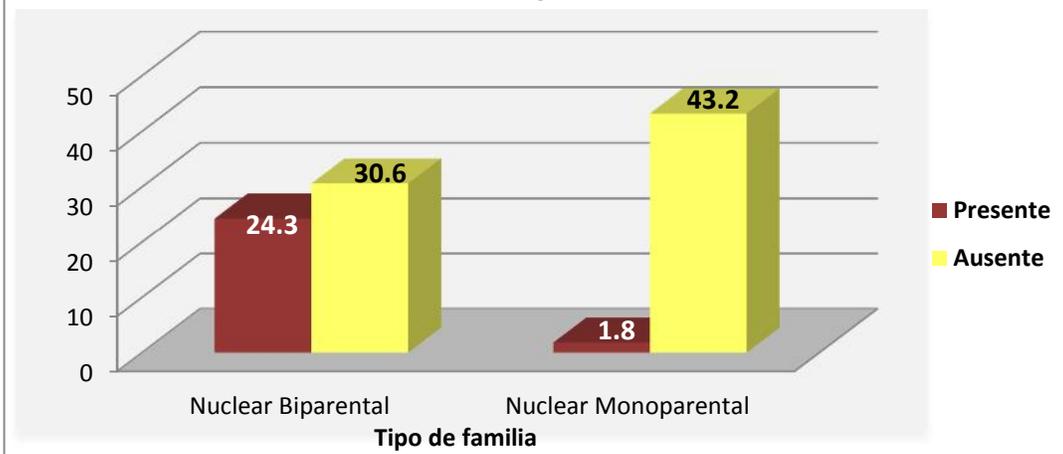


Gráfico 9
Distribución frecuencial de casos de succión digital de acuerdo al tipo de familia



El porcentaje de casos registrados con el hábito de succión labial fue encontrado en 3 preescolares (2.7%), contrastado con el 97.3% que no lo presentó. En cuanto a su distribución por edad, se evidenció que los tres mostraron el mismo porcentaje, el grupo de edad de cuatro años (.9%), seguido por el grupo de cinco años (.9%) y finalmente la categoría de tres años (.9%). En relación al sexo, se observó que el mayor porcentaje lo presentó el femenino (2.7%) mientras que en el sexo masculino fue de .0%. De acuerdo al tipo de familia nuclear Biparental mostro un 2.7% y Monoparental .0%. (Cuadros 10-13, gráficos 10-13).

Cuadro 10

Distribución frecuencial de casos de succión labial. Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

Succión Labial		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	108	97.3
Presente	3	2.7
Total	111	100.0

IC_{95%} 0.00-0.06



Cuadro 11

Distribución frecuencial de casos de succión labial de acuerdo a sexo, edad y tipo de familia. Centro de Desarrollo Infantil. “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Tres	39	35.1	1	.9	40	36.0
Cuatro	53	47.7	1	.9	54	48.6
Cinco	16	14.4	1	.9	17	15.3
			X^2 Razón de Verosimilitudes=0.665, P=0.667			
Sexo						
Femenino	61	55.0	3	2.7	64	57.7
masculino	47	42.3	10	.0	47	42.3
						P=0.132
Tipo de Familia						
Nuclear Biparental	58	52.3	3	2.7	61	55.0
Nuclear Monoparental	50	45.0	0	.0	50	45.0
Total	246	221.4	87	78.3	333	299.9
						P=0.319

*en años cumplidos

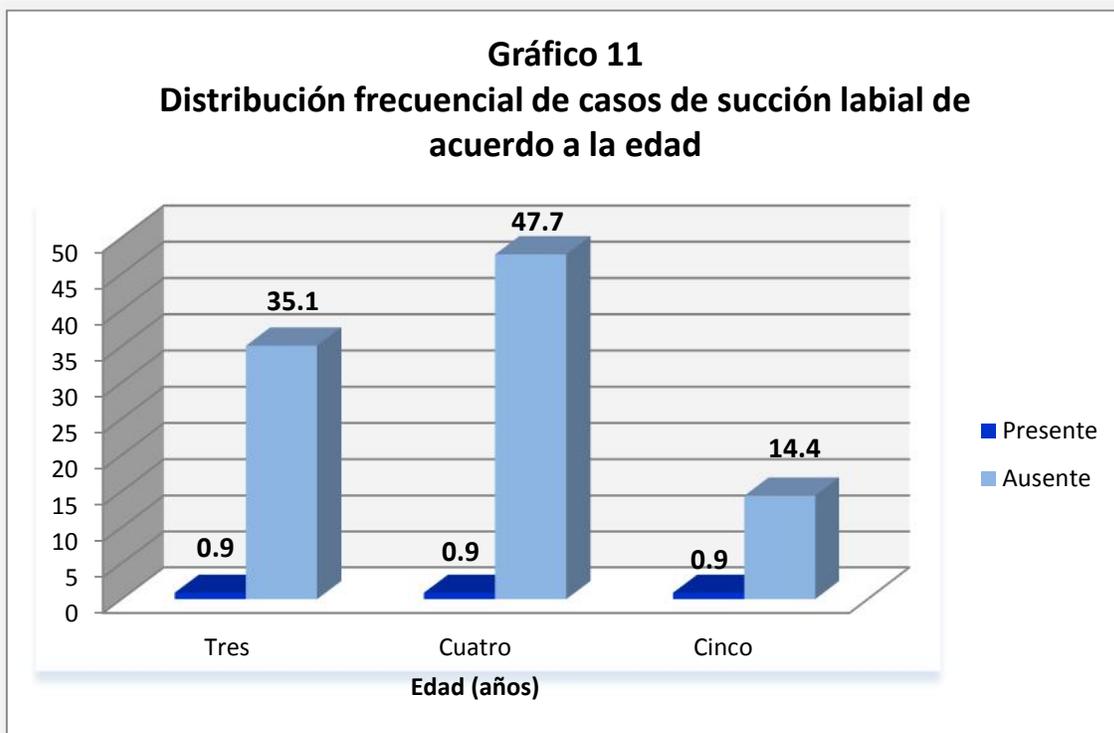


Gráfico 12
Distribución frecuencial de casos de succión labial de acuerdo al sexo

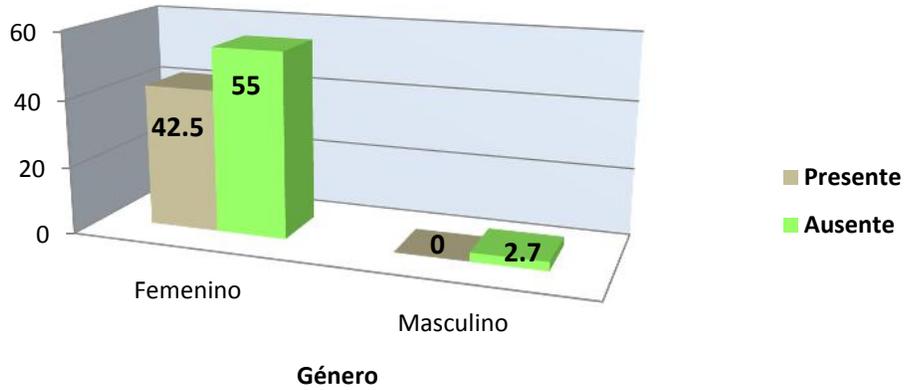
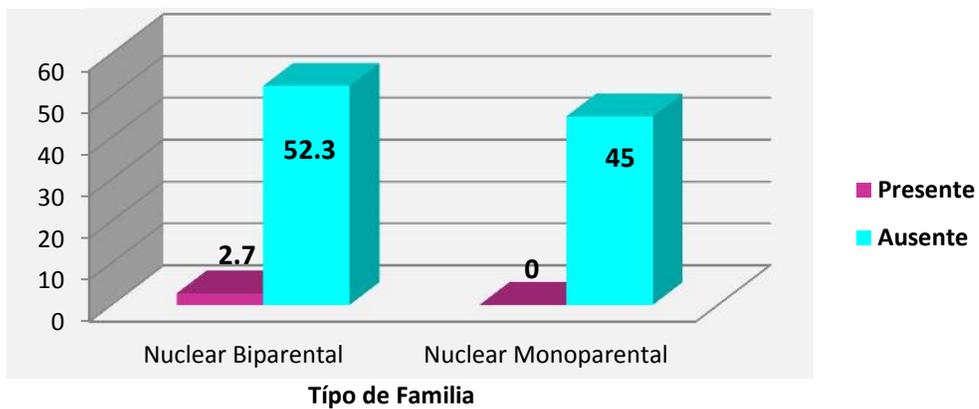


Gráfico 13
Distribución frecuencial de casos de succión labial de acuerdo al tipo de familia



El porcentaje de casos de onicofagia fue de 29.7%, contrastado con el 70.3% de los preescolares que no se presentó. En relación los casos conforme a la edad, se observó un porcentaje mayor en el grupo de tres años (13.5%), seguido del grupo de cuatro años (9.0%) y finalmente sólo se presentó el 7.0% en la categoría de edad de cinco años. En relación al sexo, el grupo de estudio mostró un mayor porcentaje en el sexo femenino (20.7%) muy bajo a lo observado para varones (9.0%). De acuerdo al tipo de familia nuclear Biparental mostro un 29.7% y Monoparental .0%. (Cuadros 14-17, gráficos 14-17).

Cuadro 12

Distribución frecuencial de casos de onicofagia. Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

Onicofagia		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	78	70.3
Presente	33	29.7
Total	111	100.0

IC_{95%} 0.21-0.38



Cuadro 15-17

Distribución frecuencial de casos de onicofagia de acuerdo a sexo, edad y tipo de familia. Centro de Desarrollo Infantil. "Antonia Nava de Catalán", 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Tres	25	22.5	15	13.5	40	36.0
Cuatro	44	39.6	10	9.0	54	48.6
Cinco	9	8.1	8	7.2	17	15.3
						X ² =6.849, P=0.033
Sexo						
Femenino	41	36.9	23	20.7	64	57.7
masculino	37	33.3	10	9.0	47	42.3
						P=0.095
Tipo de Familia						
Nuclear Biparental	28	25.2	33	29.7	61	55.0
Nuclear Monoparental	50	45.0	0	.0	50	45.0
Total	246	221.4	87	78.3	333	299.9
						P=0.0001

*en años cumplidos

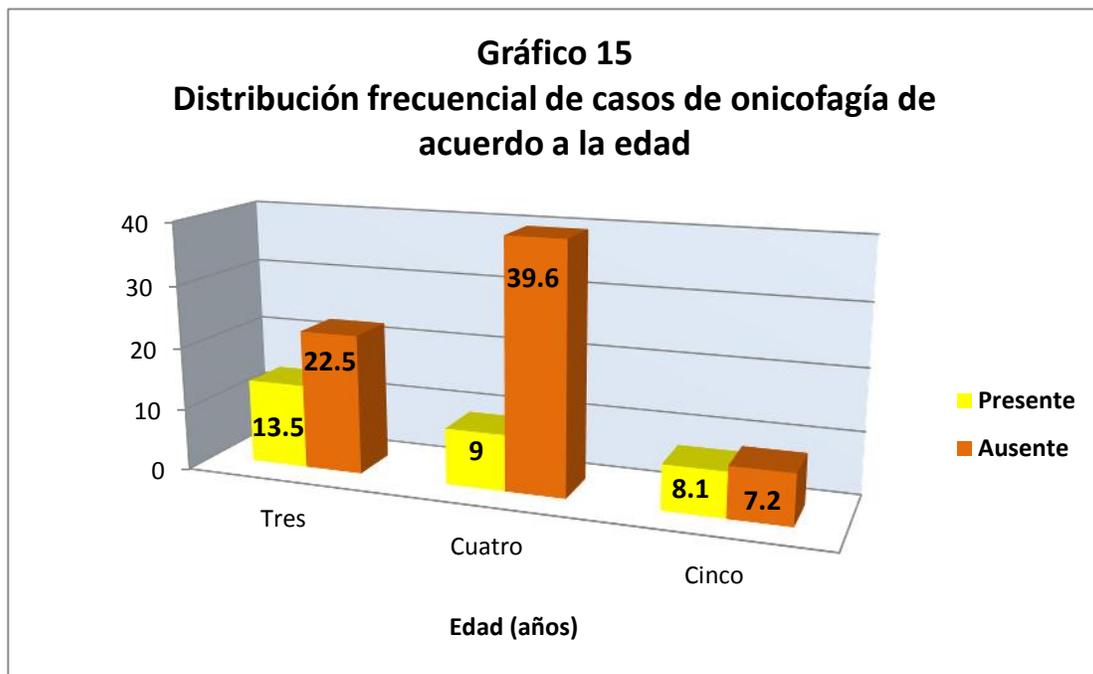


Gráfico 16
Distribución frecuencial de casos de onicofagia de acuerdo al sexo

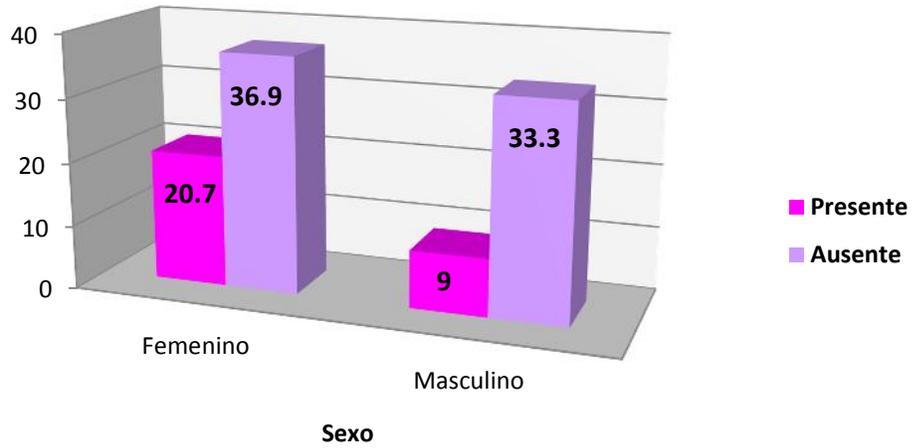
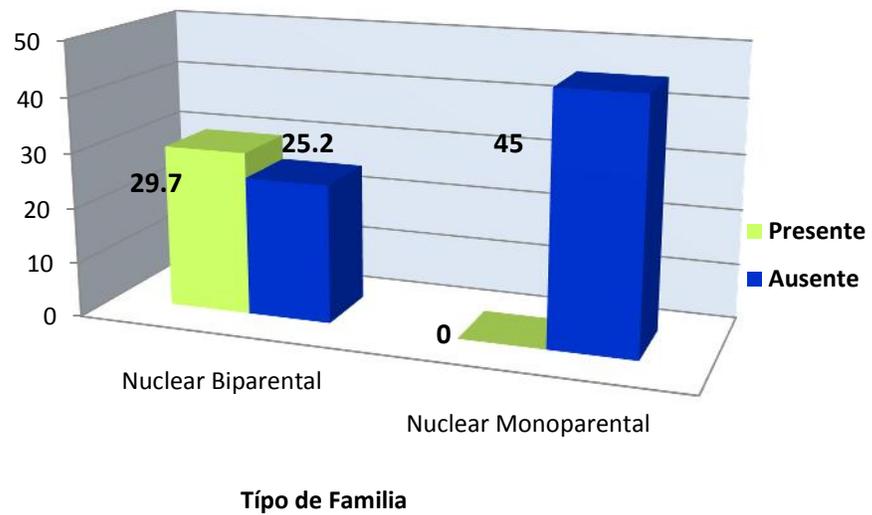


Gráfico 17
Distribución frecuencial de casos de onicofagia de acuerdo al tipo de familia



En relación al hábito de queilofagia, la prevalencia observada fue de 3.6%, contrastado con el 96.4%, en los que este hábito oral parafuncional no se presentó. En cuanto a la edad, se halló que el mayor porcentaje lo presentó el grupo de edad de tres años (2.7%), seguido del grupo de cuatro años (0.9%). En la categoría de cinco años este hábito no estuvo presente. Lo observado en relación al sexo, se presentó en el 3.6% de las niñas y el .0% en los varones.

De acuerdo al tipo de familia nuclear Biparental mostro un 3.6% y Monoparental .0%. (Cuadros 18-21, gráficos 18-21).

Cuadro 18

Distribución frecuencial de casos de queilofagia. Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

Queilofagia		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	107	96.4
Presente	4	3.6
Total	111	100.0

IC_{95%} 0.00-0.07



Cuadro 19-21

Distribución frecuencial de casos de queilofagia de acuerdo a sexo, edad y tipo de familia. Centro de Desarrollo Infantil. "Antonia Nava de Catalán", 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Tres	37	33.3	3	2.7	40	36.0
Cuatro	53	47.7	1	.9	54	48.6
Cinco	17	15.3	0	.0	17	15.3
	X^2 Razón de Verosimilitudes=3.170, P=0.239					
Sexo						
Femenino	60	54.1	4	3.6	64	57.7
masculino	47	42.3	0	.0	47	42.3
	P=0.081					
Tipo de Familia						
Nuclear Biparental	57	51.4	4	3.6	61	55.0
Nuclear Monoparental	50	45.0	0	.0	50	45.0
Total	246	221.4	87	78.3	333	299.9
	P=0.185					

*en años cumplidos

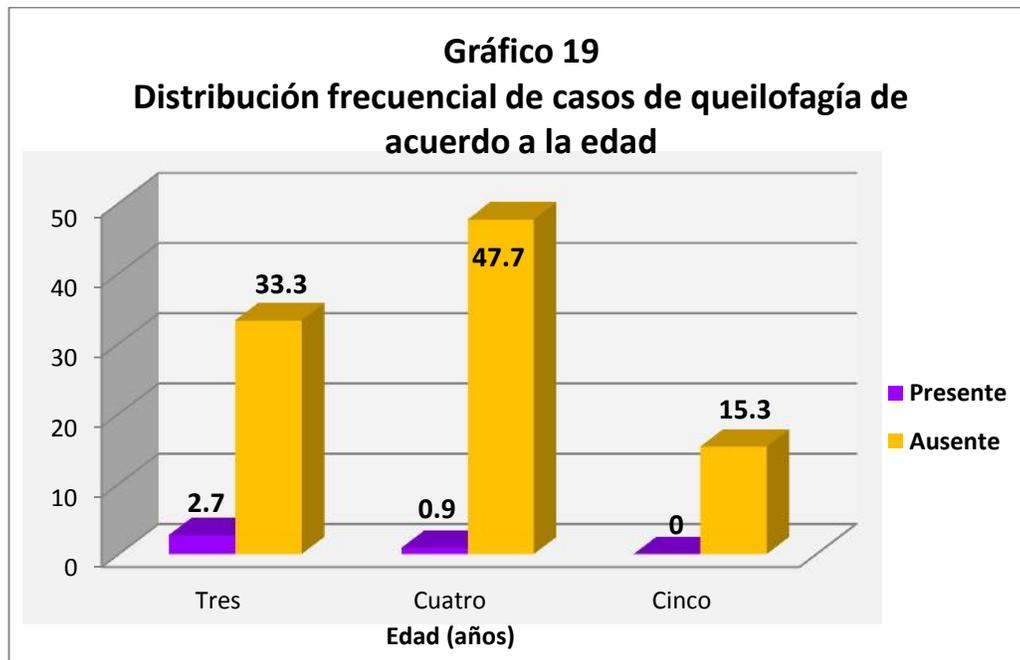


Gráfico 20
Distribución frecuencial de casos de queilografía de acuerdo al sexo

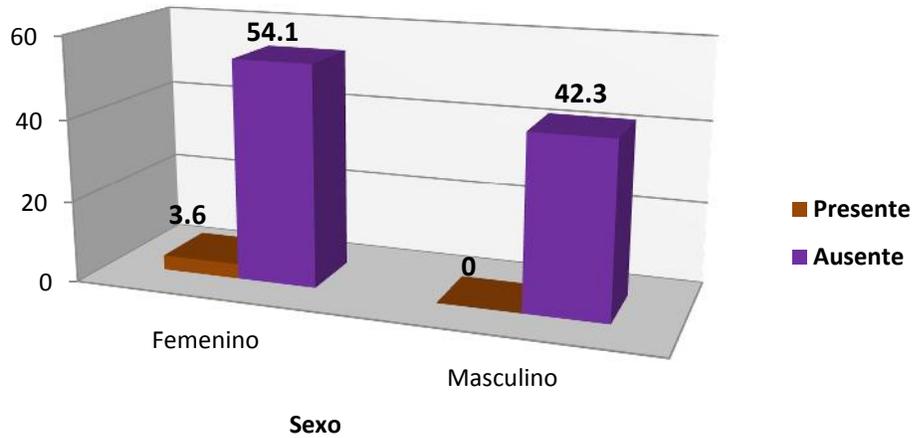
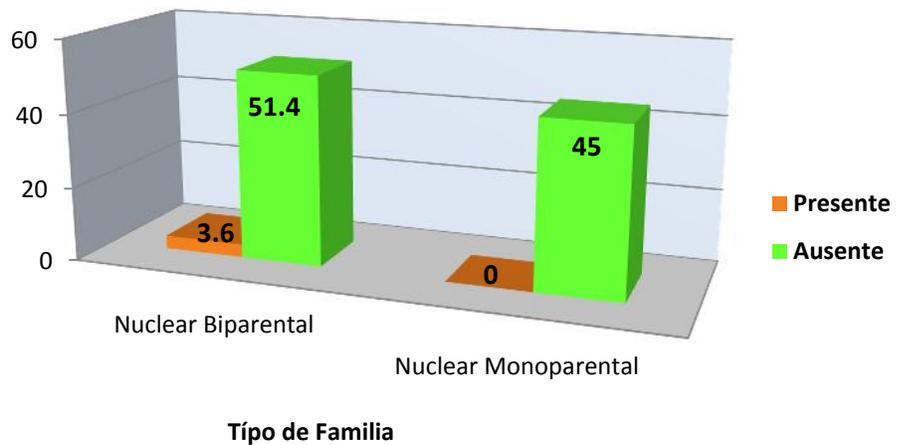


Gráfico 21
Distribución frecuencial de casos de queilografía de acuerdo al tipo de familia



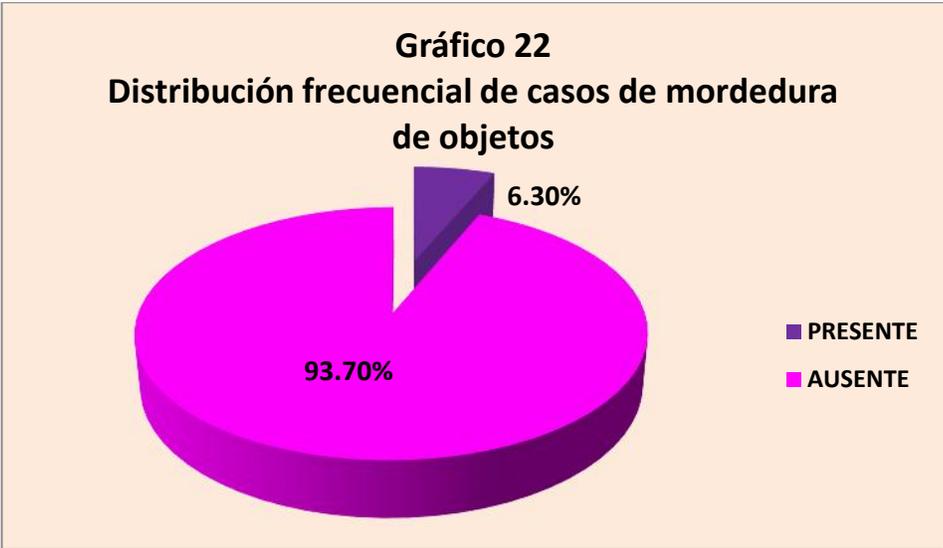
En cuanto al hábito de mordedura de objetos, la prevalencia observada fue de 6.3% (7 preescolares), contrastado con el 93.7%, en los que este hábito oral parafuncional no se presentó. En cuanto a la edad, se halló que el mayor porcentaje de la presencia de este hábito lo presentó el grupo de edad de tres años (6.3%), En la categoría de cuatro y tres años este hábito tampoco estuvo presente. En relación al sexo, se observó que se presentó en el 4.5% de las niñas y el 1.8% en los varones. De acuerdo al tipo de familia nuclear Biparental mostro un 5.4% y Monoparental .9%. (Cuadros 22-25, gráficos 22-25).

Cuadro 22

Distribución frecuencial de casos de mordedura de objetos. Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

Mordedura de Objetos		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	104	93.7
Presente	7	6.3
Total	111	100.0

IC_{95%} 0.02-0.11



Cuadro 23-25

Distribución frecuencial de casos de mordedura de objetos de acuerdo a sexo, edad y tipo de familia. Centro de Desarrollo Infantil. “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Tres	33	29.7	7	6.3	40	36.0
Cuatro	54	48.6	0	.0	54	48.6
Cinco	17	15.3	0	.0	17	15.3
$X^2_{\text{Razón de Verosimilitudes}}=15.142, p=0.104$						
Sexo						
Femenino	59	53.2	5	4.5	64	57.7
masculino	45	40.5	2	1.8	47	47.3
P=0.568						
Tipo de Familia						
Nuclear Biparental	55	49.5	6	5.4	61	55.0
Nuclear Monoparental	49	44.1	1	.9	50	45.0
Total	246	221.4	87	78.3	333	299.9
P=0.280						

*en años cumplidos

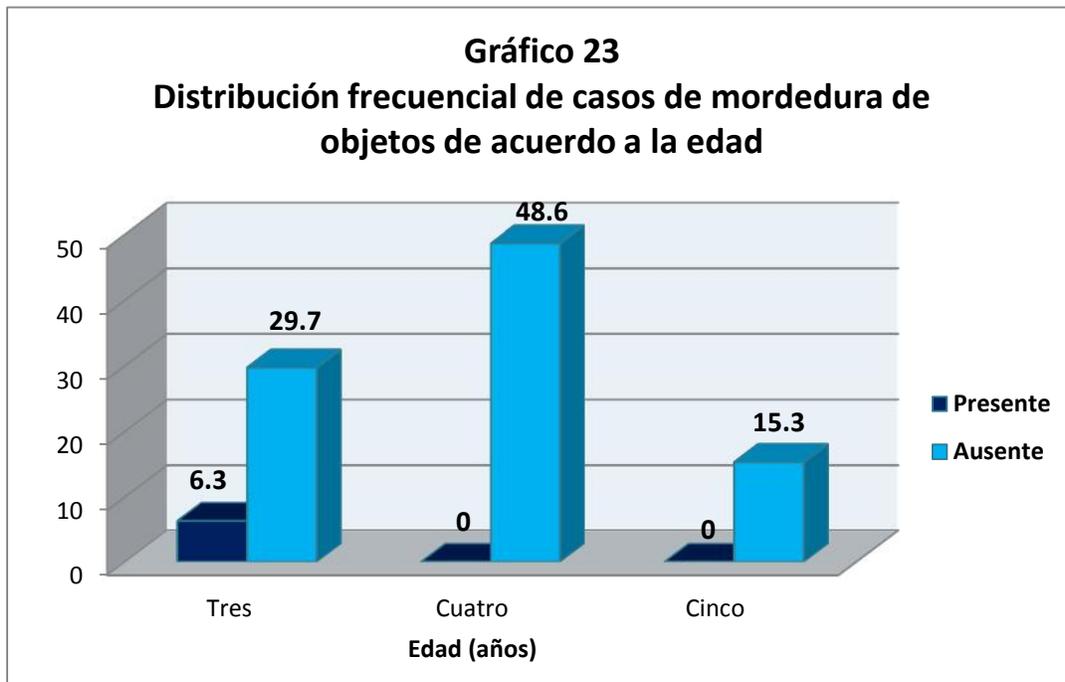


Gráfico 24
Distribución frecuencial de casos de mordedura de
objetos de a cuerdo al sexo

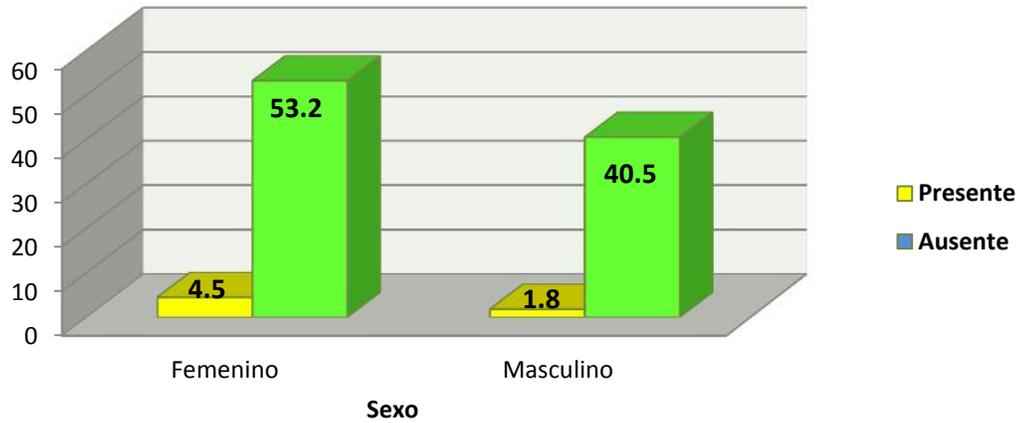
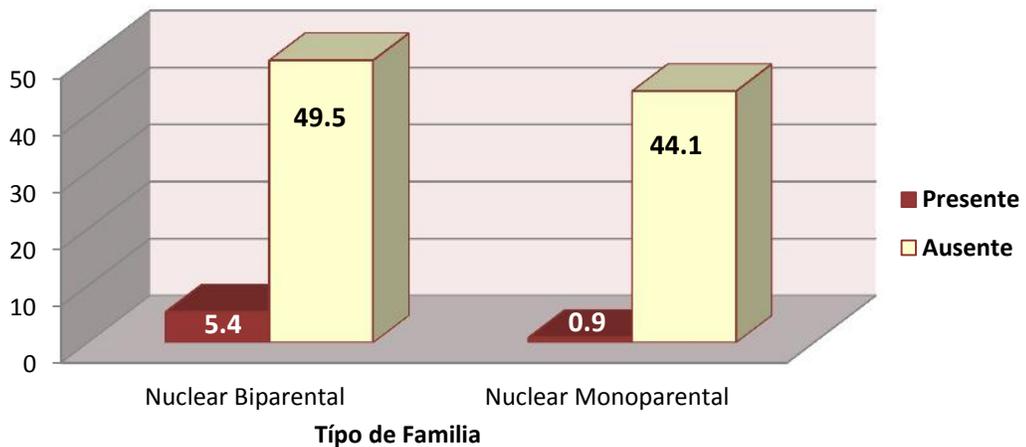


Gráfico 25
Distribución frecuencial de casos de mordedura de
objetos de acuerdo al tipo de familia



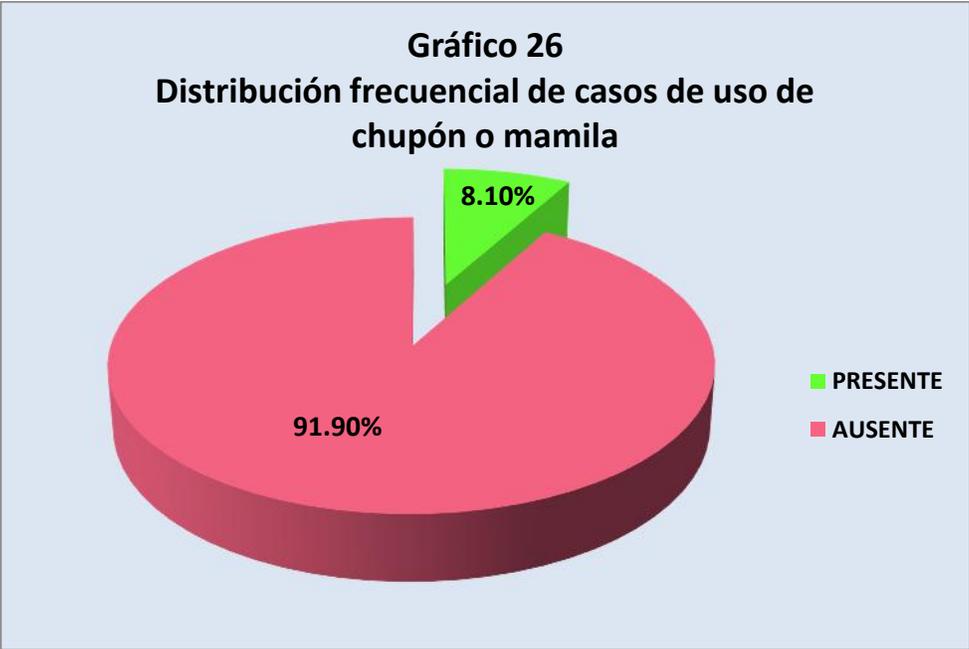
En relación al hábito del uso de chupón o mamila, el 8.1% de los preescolares lo mostró. En cuanto a la edad, el mayor porcentaje lo presentó el grupo de edad de tres años (5.4%), seguido del grupo de cuatro años (2.7%) y en la categoría de cinco años .0%.En relación al sexo, se observó que se presentó en el 5.4% de las niñas y el 2.7% en los varones. De acuerdo al tipo de familia nuclear Biparental mostro un 6.3% y Monoparental 1.8%. (Cuadros 26-29, gráficos 26-29).

Cuadro 26

Distribución frecuencial de casos de uso de chupón o mamila. Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

Uso de Chupón o Mamila		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	102	91.9
Presente	9	8.1
Total	111	100.0

IC_{95%} 0.03-0.13



Cuadro 27-29

Distribución frecuencial de casos de uso de chupón o mamila de acuerdo a sexo, edad y tipo de familia. Centro de Desarrollo Infantil. "Antonia Nava de Catalán", 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Tres	34	30.6	6	5.4	40	36.0
Cuatro	51	45.9	3	2.7	54	48.6
Cinco	17	15.3	0	.0	17	15.3
						X ² =6.849, P=0.104
Sexo						
Femenino	58	52.3	6	5.4	64	57.7
masculino	44	39.6	3	2.7	47	42.3
						P=0.568
Tipo de Familia						
Nuclear Biparental	57	51.4	4	3.6	61	55.0
Nuclear Monoparental	50	45.0	0	.0	50	45.0
Total	246	221.4	87	78.3	333	299.9
						P=0.280

*en años cumplidos

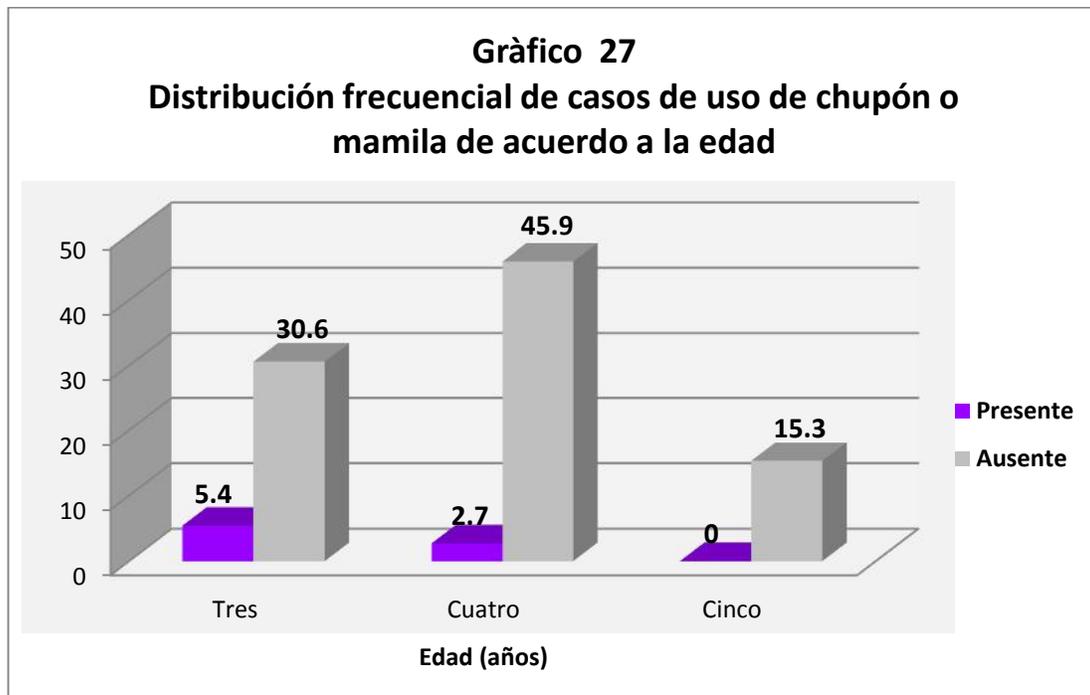


Gráfico 28
Distribución frecuencial de casos de uso de chupón o mamila de acuerdo sexo

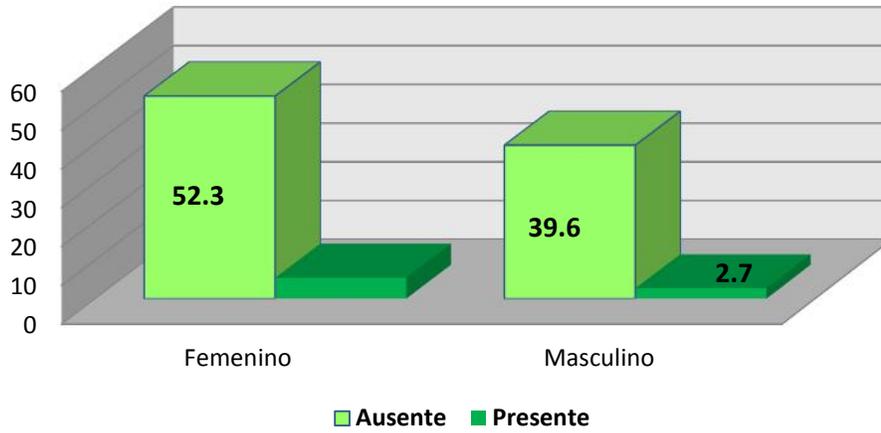
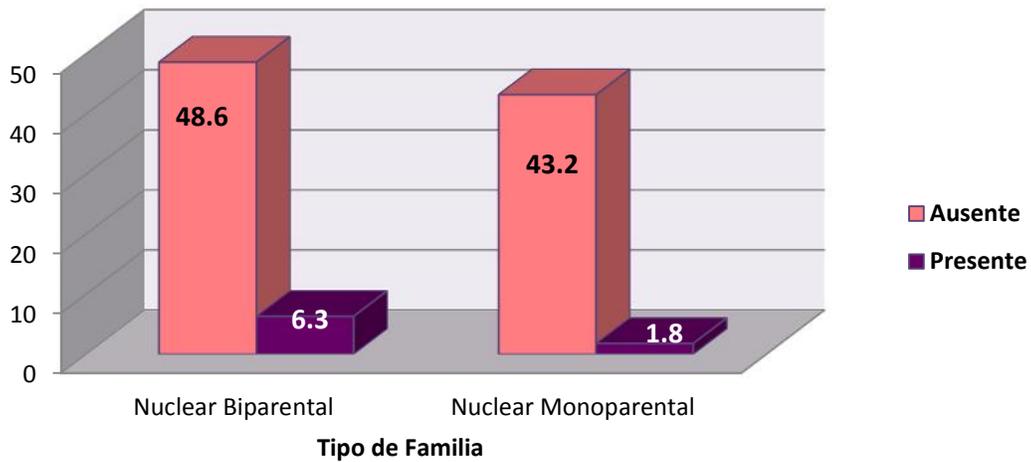


Gráfico 29
Distribución frecuencial de casos de uso de chupón o mamila de acuerdo al tipo de familia



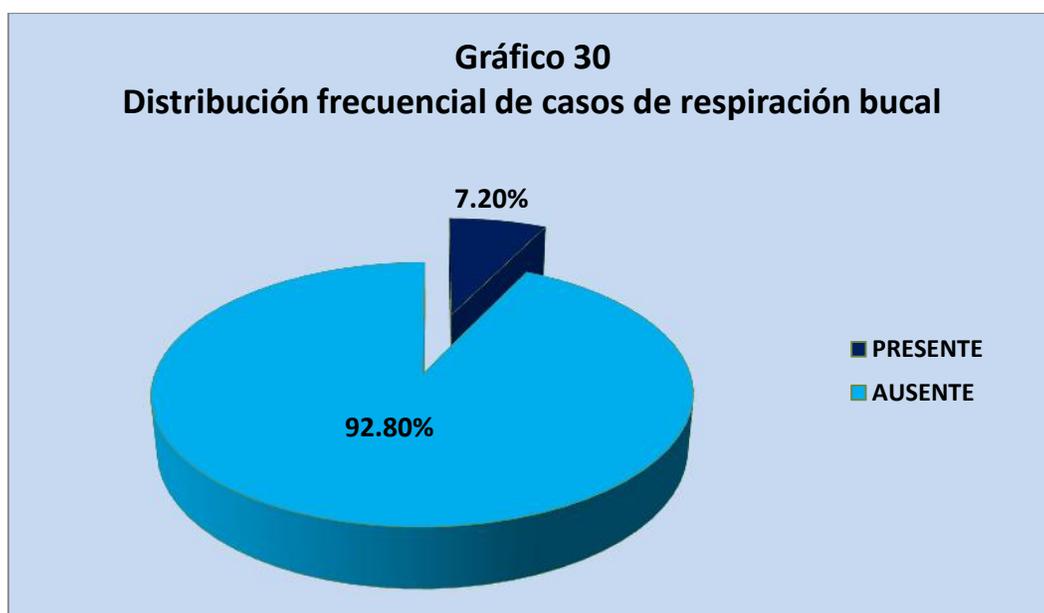
Con respecto al hábito de respiración bucal, el 7.2 % de los preescolares lo presentó. En cuanto a la edad, el mayor porcentaje lo presentó el grupo de cuatro años (4.5%), seguido del grupo de tres años (9%) y finalmente el de cinco años (1.8%). Respecto al sexo, el mayor porcentaje de casos lo presentó el sexo masculino (5.4%) y 1.8% del femenino. De acuerdo al tipo de familia nuclear Biparental mostro un 7.2% y Monoparental no se presentó. (Cuadros 30-33, gráficos 30-33).

Cuadro 30

Distribución frecuencial de casos de respiración bucal.
 Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

Respiración Bucal		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	103	92.8
Presente	8	7.2
Total	111	100.0

IC_{95%} 0.02-0.12



Cuadro 31-33

Distribución frecuencial de casos de respiración bucal de acuerdo a sexo, edad y tipo de familia. Centro de Desarrollo Infantil. "Antonia Nava de Catalán", 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Tres	39	35.1	1	9	40	36.0
Cuatro	49	44.1	5	4.5	54	48.6
Cinco	15	15.3	2	1.8	17	15.3
						P=0.334
Sexo						
Femenino	62	55.9	2	1.8	64	57.7
masculino	41	36.9	6	5.4	47	42.3
						P=0.118
Tipo de Familia						
Nuclear Biparental	53	47.7	8	7.2	61	55.0
Nuclear Monoparental	50	45.0	0	.0	50	45.0
Total	246	221.4	87	78.3	333	299.9
						P=0.023

*en años cumplidos

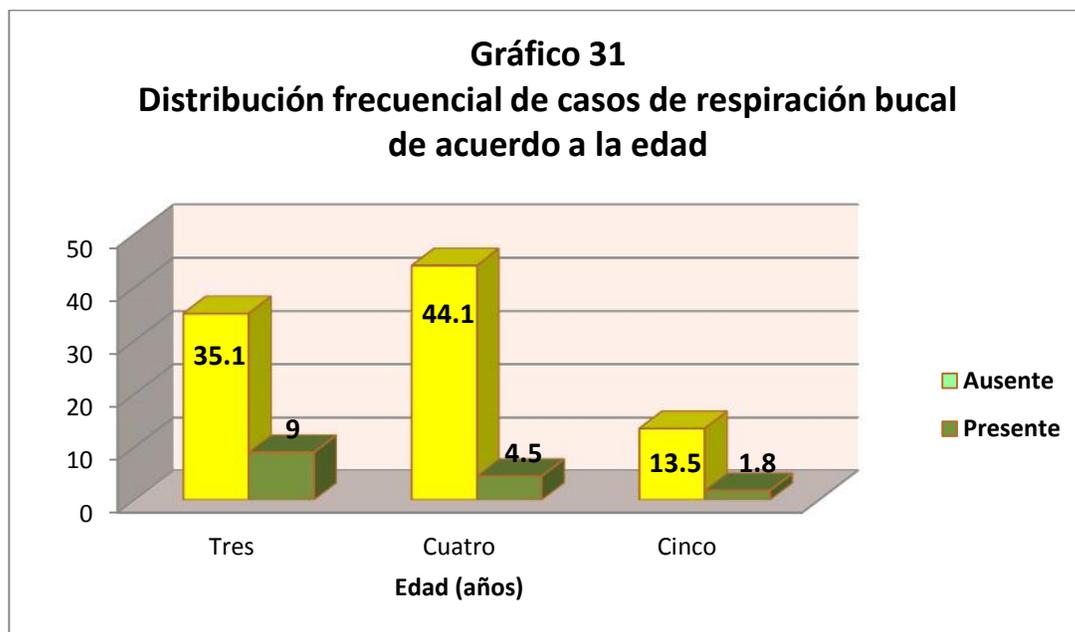


Gráfico 32
Distribución frecuencial de casos de respiración bucal de acuerdo al sexo

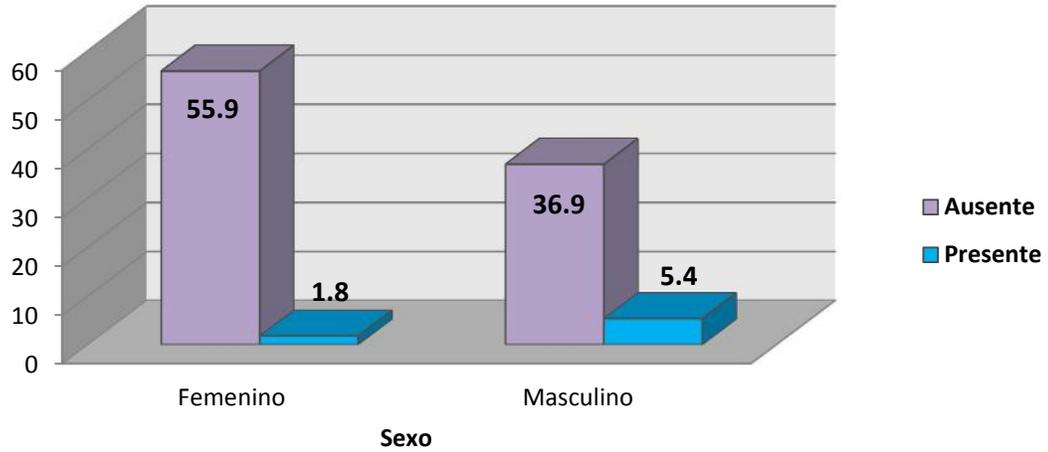
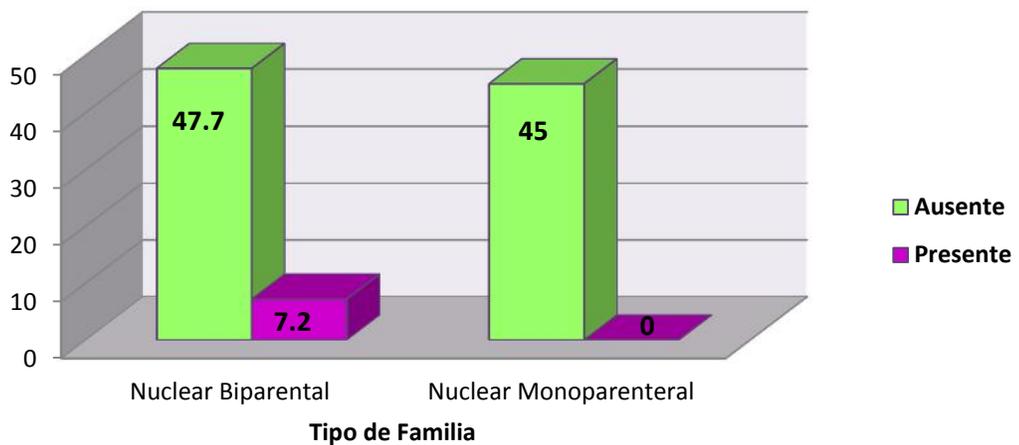


Gráfico 33
Distribucion de casos de respiración bucal de acuerdo a el tipo de familia



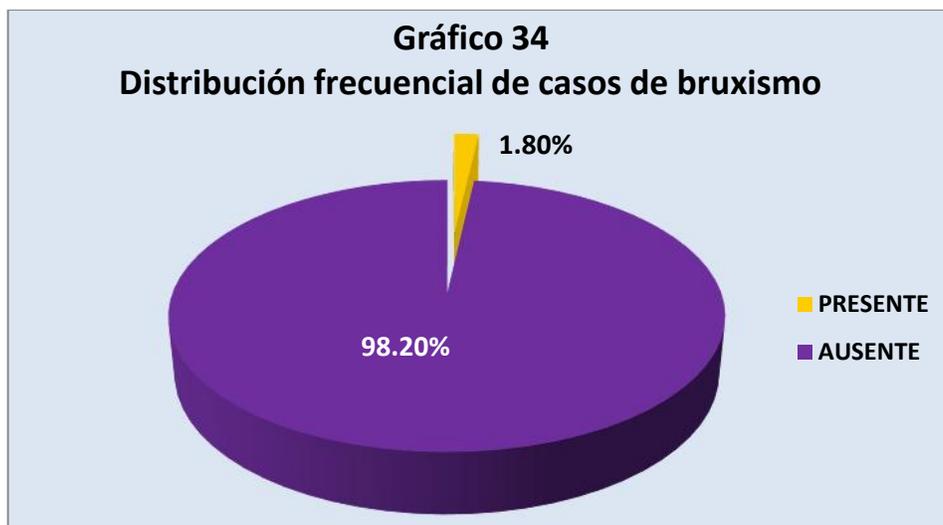
Por lo que respecta al hábito de bruxismo, la prevalencia observada fue de 1.8% (2 preescolares), contrastado con el 98.2%, en los que este hábito oral parafuncional no se presentó. En cuanto a la edad, el mayor porcentaje lo presentó el grupo de edad de tres años (.9%), seguido del grupo de cuatro años (.9%) y en la categoría de cinco años .0%. En relación al sexo, se observó que se presentaron ambos en un .9%. De acuerdo al tipo de familia nuclear Biparental mostro un 54.1% y Monoparental 3.6%. (Cuadros 34-37, gráficos 34-37).

Cuadro 34

Distribución frecuencial de casos de bruxismo. Centro de Desarrollo Infantil “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

Bruxismo		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	109	98.2
Presente	2	1.8
Total	111	100.0

IC_{95%} 0.00-0.04



Cuadro 35-37

Distribución frecuencial de casos de uso de chupón o mamila de acuerdo a sexo, edad y tipo de familia. Centro de Desarrollo Infantil. "Antonia Nava de Catalán", 2013.

	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad*						
Tres	39	35.1	1	.9	40	36.0
Cuatro	53	47.7	1	.9	54	48.6
Cinco	17	15.3	0	.0	17	15.3
						P=0.809
Sexo						
Femenino	63	56.8	1	.9	64	57.7
masculino	46	41.4	1	.9	47	42.3
						P=0.618
Tipo de Familia						
Nuclear Biparental	1	.9	60	54.1	61	55.0
Nuclear Monoparental	46	41.4	4	3.6	50	45.0
Total	246	221.4	87	78.3	333	299.9
						P=0.567

*en años cumplidos

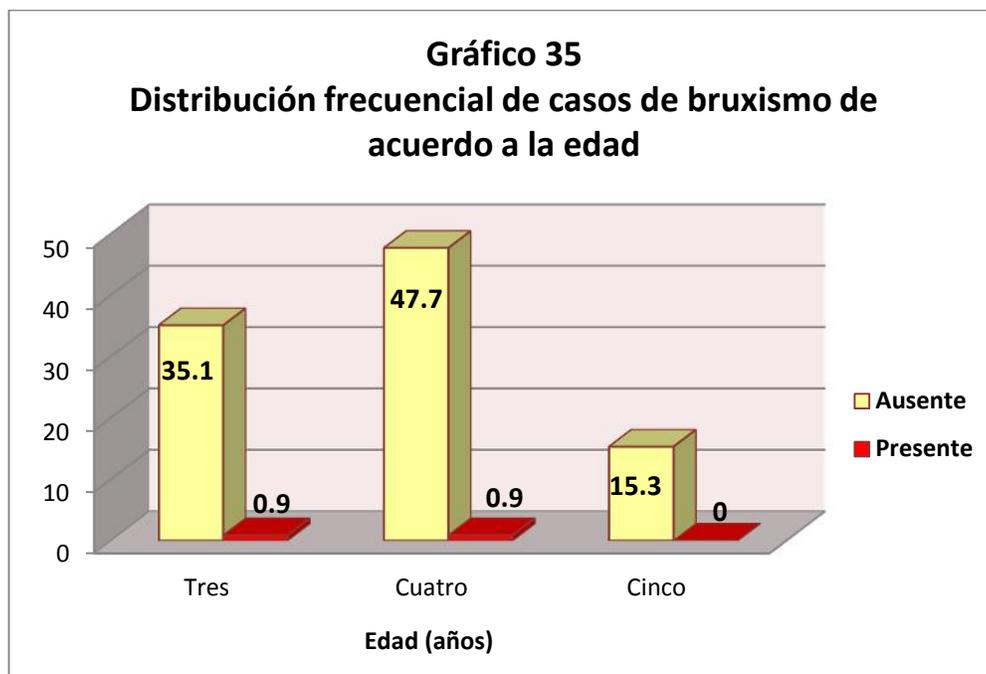


Gráfico 36
Distribución frecuencial de casos de bruxismo de acuerdo al sexo

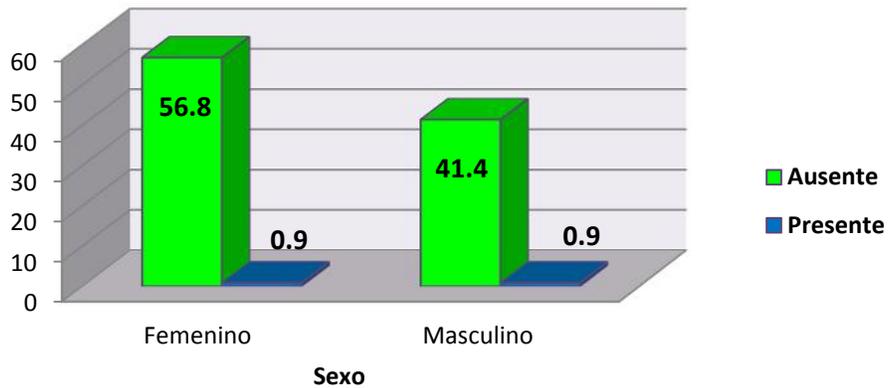
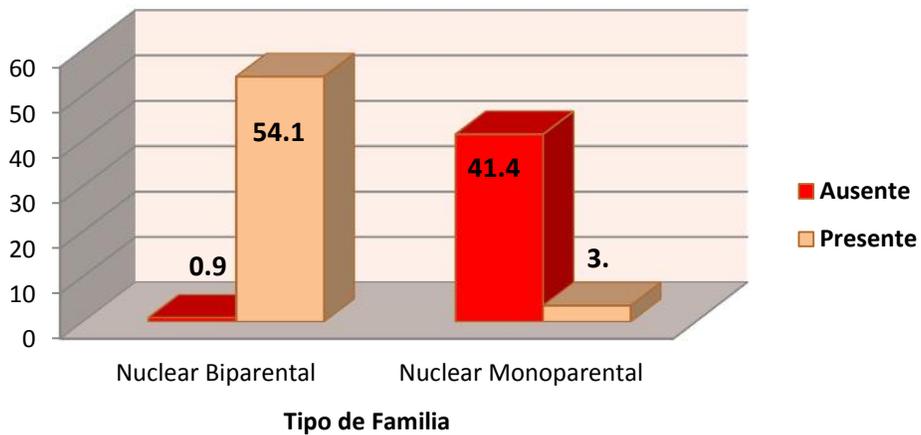


Gráfico 37
Distribución de casos de bruxismo de acuerdo al tipo de familia

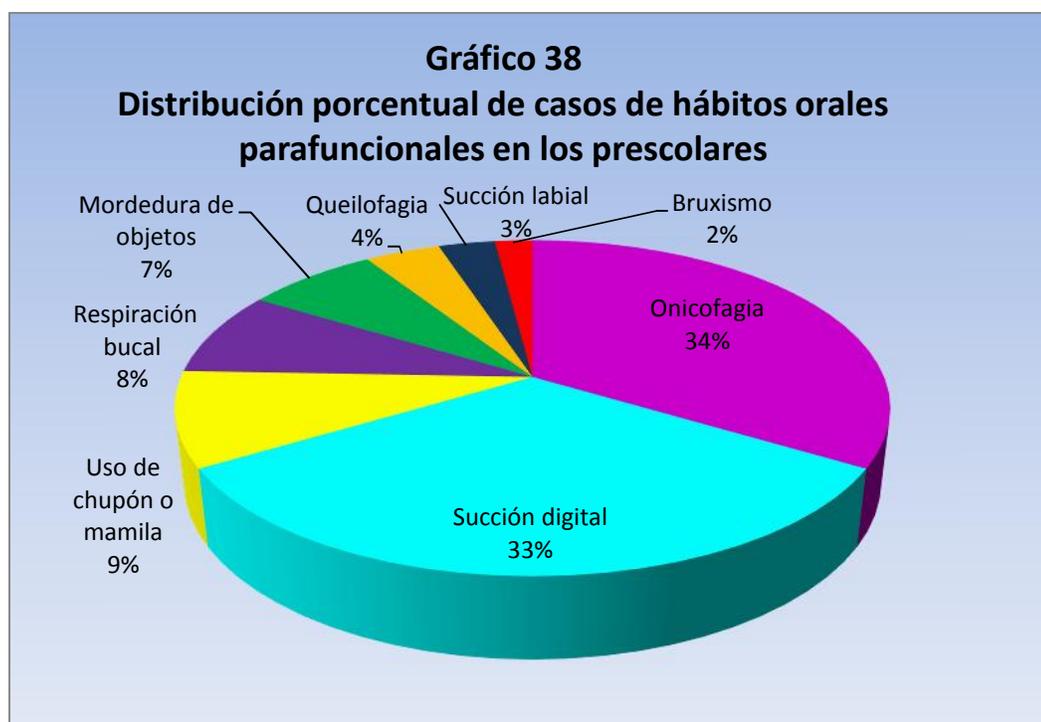


Del total de la población en estudio, el 29.7% presentaron el hábito de la onicofagia, el 29.1% succión digital, uso de chupón o mamila 8.1%, respiración bucal 7.2%, mordedura de objetos 6.3%, y por último queilofagia, succión labial y bruxismo con el 3.6%, 2.7% y 1.8% respectivamente. (Cuadro 38, gráfico 38).

Cuadro 38

Distribución de casos de hábitos orales parafuncionales en los prescolares. Centro de Desarrollo Infantil. “Antonia Nava de Catalán”, 2013.

Hábitos orales parafuncionales presentes		
Hábitos	Frecuencia	Porcentaje
Onicofagia	33	29.7
Succión digital	29	26.1
Uso de chupón o mamila	9	8.1
Respiración bucal	8	7.2
Mordedura de objetos	7	6.3
Queilofagia	4	3.6
Succión labial	3	2.7
Bruxismo	2	1.8
Total	111	100.0



XIII. DISCUSIÓN

De acuerdo con lo observado en la población de estudio, la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales fue alta, similar con lo reportado por Agurto²². Este comportamiento puede ser debido a que el desarrollo de este tipo de hábitos puede verse influenciado por factores condicionantes, tales como: el estilo de vida, la calidad de la relación intrafamiliar, etc. y por lo tanto, cada sujeto tiene una probabilidad distinta para desarrollar cualquier tipo de hábito parafuncional. En cuanto al sexo, la prevalencia fue mayor en las mujeres, comportamiento similar a lo reportado por Cepero⁸, no así a lo que observó Onyeaso²⁴, quien reportó una prevalencia mayor en hombres.

No obstante, a pesar de que en el presente estudio las mujeres fueron las que mostraron este tipo de hábitos de manera más frecuente, la diferencia mostrada con relación al grupo de hombres no resultó ser significativa, de tal forma que no importa en esta población si el niño es hombre o mujer, ya que en ambos casos, la probabilidad de desarrollar el evento en cuestión es similar para ambos sexos. Por otra parte, la descripción del comportamiento de la prevalencia de estos hábitos sólo se llevó a cabo por edad, sexo y tipo de familia, no obstante, no se desestima la participación de otras variables que influyan en la probabilidad de ocurrencia de los mismos, tales como: la duración del mismo, la intensidad con la que se ejecute y la frecuencia con que se realiza, sin considerar en el análisis de este planteamiento a aquellos hábitos que se generan como producto de algún trastorno psicológico en el niño⁷, por alguna necesidad emocional profundamente arraigada o simplemente accionados como una válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven difíciles de soportar³⁶.

Ahora bien, analizando la frecuencia de cada uno de los hábitos bucales parafuncionales evaluados, en lo que se refiere al de onicofagia, este fue el primer hábito que se presentó con mayor frecuencia en la población de estudio (29.7%). De hecho, el hábito de succión digital es el que, por lo general, se reporta como el de mayor frecuencia³⁶ por lo que en el presente estudio se observó esta diferencia importante presentándose en el 26.1% de los niños examinados.

En cuanto al sexo, las niñas mostraron una frecuencia mayor de hábito de onicofagia que los niños, diferencia que resultó ser significativa; asimismo, se observó que conforme aumentaba la edad el hábito incrementaba su frecuencia, comportamiento que no sólo resultó de acuerdo a lo esperado; En cuanto al tipo de familia, la nuclear Biparental fue altamente significativa que la Monoparental. La posible explicación de este hecho puede estar relacionada con el abandono, el cual transfiere hacia la mordedura de las uñas. Asimismo, la complejidad en cuanto a que este hábito haya sido el de mayor prevalencia, radica en el hecho de que es un hábito muy difícil de erradicar, por ser bastante disimulable, ya que el niño se muerde las uñas a escondidas²⁷, además de que le sirve para satisfacer una necesidad semejante a la producida por la succión digital. Los niños nerviosos, con mucha frecuencia muestran este hábito, debido probablemente a un desajuste social y psicológico, lo que adquiere mayor relevancia que la presencia del hábito mismo⁴.

El hábito de succión digital fue el segundo de más frecuencia (se presentó en el 26.1%) de hecho mayor a lo reportado por Agurto²², Da Costa²⁶, Paredes²³ y menor según Alemán²⁵ y Onyeaso²⁴. De acuerdo a la edad se observó con mayor frecuencia en niños de 3 años y conforme al sexo fue más prevalente en hombres, lo cual coincide con lo reportado por Agurto²². En cuanto al hábito de succión digital en sí cabe destacar que dicha succión es considerada como parte de un reflejo normal, es probable que al principio proporcione algún placer o satisfacción al niño hasta que finalmente se convierta en un hábito radicado en ciertas circunstancias. Si persiste el hábito en el niño preescolar puede deberse a condiciones de fatiga, sueño o aburrimiento convirtiéndose en otras palabras, una manera de adaptarse a su ambiente¹⁸. Es por eso que se le considera como un signo de angustia e irritabilidad emocional en el niño⁸. La mayoría de los estudios revisados la reportan como la de mayor prevalencia, sin embargo no hay que dar por hecho el comportamiento de cualquier evento epidemiológico, ya que el mismo puede estar influenciado por múltiples factores de diferente manera, lo cual manifiesta de una forma distinta de sujeto a sujeto y de grupo poblacional a grupo poblacional.

De acuerdo al rango de edad el uso de chupón o mamila fue más frecuente en el grupo etario de tres años, comportamiento similar reportado por Cepero⁸. La importancia de este estudio radica en una clara relación del tiempo de exposición al riesgo, ya que se estima que debe estar presente al menos dos años, para que tenga efecto en la maxila y de tres años para aumentar el ancho intercanino mandibular²³. La relevancia de los hábitos de uso de chupón o mamila, en el rango de edad de tres a cinco años, radica en cómo los niños en estas edades lo adquieren, debido a que los niños refuerzan el hábito de morder con el chupón para posteriormente seguir con demás objetos a su alcance, es por eso que en algunos casos en edades mayores se siguen manifestando. Esta diferencia puede deberse a las diferencias socioeconómicas y culturales, las cuales pueden tener gran influencia sobre el establecimiento, frecuencia y duración de la succión no-nutricional. Asimismo, debe tomarse en cuenta la existencia de otros factores asociados con esta conducta, como son: la edad de la madre (madres mayores), el nivel educativo de la madre y que el niño con la presencia de este hábito no tenga hermanos mayores¹⁸.

El hábito de respirador bucal fue el tercero siendo poco frecuente (se presentó en el 7.2%), menor que lo reportado por Agurto²² y Estoy³⁶. Su baja prevalencia se presentó de acuerdo a lo esperado, tomando en cuenta las edades de los niños encuestados, ya que cuando el niño es amamantado hasta el año recibe el mejor estímulo de respiración nasal, y en el segundo año su sistema respiratorio puede estar lo suficientemente maduro para la función nasal¹⁷.

El hábito de respirar puede ser causado por dos motivos principales: por anatomía o simplemente por hábito, siendo este último motivo para considerarse anómalo, ya que se hace sólo por costumbre¹⁵.

En cuanto a el hábito de mordedura de objetos fue el cuarto mostrando un (6.3%) hay que considerar que hay niños que no sólo llevan a cabo la succión en el chupón o pezón de la madre, sino que también muerden, principalmente cuando el hábito sobrepasa la instalación de la dentición decidua y llega a la mixta. Cuando este impulso natural de morder no es atendido, se produce la búsqueda del mismo para

satisfacerlo. Debido a que su necesidad de morder es inherente una vez que los primeros dientes deciduos establecen oclusión y permiten la función²⁷. Los niños refuerzan el hábito de morder con el chupón para posteriormente seguir con demás objetos a su alcance, es por eso que en algunos casos en edades mayores se sigue manifestando.

El quinto hábito que se presentó con frecuencia baja fue el de queilofagia (3.6%), fue más frecuente en niñas. Al respecto no existen reportes de investigaciones con las cuales comparar esta prevalencia. No obstante, en el presente estudio fue considerado debido a que este hábito se presenta frecuentemente en las maloclusiones dentales; aunque también puede aparecer como una variante o sustitución a la succión digital¹⁸, por lo tanto, la población en edad preescolar no está exenta de presentarlo como se pudo observar en el presente estudio, de hecho incluso, fue más frecuente que algunos otros hábitos bucales parafuncionales, tales como: succión labial (2.7%) y bruxismo (1.8%).

En cuanto los grupos etarios de tres años fueron los que presentaron frecuencias más altas; en cuanto al sexo la onicofagia resultó ser más frecuente en niñas y la succión digital en niños. De igual manera, estos dos hábitos resultaron estar relacionados al tipo de familia y a la edad más no al sexo.

XIV. CONCLUSIONES

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

- ❖ La prevalencia de hábitos bucales parafuncionales de manera global fue alta, pero a su vez se confirmó que este comportamiento también resultó ser menor a lo reportado para otras poblaciones.
- ❖ El grupo etario con mayor prevalencia de hábitos parafuncionales fueron los de tres años.
- ❖ En cuanto al sexo, las mujeres por lo general resultaron presentar prevalencias más altas, no obstante a ello, el hábito de onicofagia resultó estar asociado a esta variable.
- ❖ Los hábitos bucales parafuncionales de mayor prevalencia en la población de estudio fueron la onicofagia, la succión digital, el uso de chupón - mamila y la respiración bucal.
- ❖ El hábito de onicofagia fue el de mayor prevalencia, incluso más frecuente que el de succión digital, el cual es citado como el de mayor prevalencia en otros estudios.
- ❖ A pesar de que la prevalencia del hábito de respiración bucal no fue tan alta, este hábito se presentó con mayor frecuencia en comparación con algunos otros hábitos parafuncionales, tales como: el hábito de mordedura de objetos, queilofagia, succión labial y bruxismo, destacando que estos dos últimos hábitos presentaron la prevalencia más baja dentro del estudio.

XV. RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización de más investigación sobre este mismo problema, pero tomando en cuenta ampliar el tamaño de la población de estudio, bajo las mismas condiciones en cuanto al tipo de familia, con el fin de tener mayor certeza sobre el comportamiento de la prevalencia de hábitos orales parafuncionales en población preescolar mexicana, generando así una base de conocimientos nuevos construida en nuestras propias estadísticas, pudiendo adaptar así, los hallazgos realizados a intervenciones y tratamientos más acordes con nuestra propia problemática. De igual forma se recomiendan los estudios de incidencia para ver el comportamiento de la población durante los años posteriores y evaluar el progreso o deterioro del estado de salud bucal de la misma. Al final esto permitirá conformar un mapa epidemiológico más confiable sobre el evento en cuestión. Se propone del mismo modo, la realización de estudios en los cuales se tomen en cuenta los posibles factores etiológicos, que provocan la adquisición de dichos hábitos orales en la población infantil, tales como el nivel socioeconómico de la familia, la convivencia de los preescolares con su entorno, así como problemáticas familiares en la cuales el preescolar se vea involucrado, esto hará que se detecten posibles factores de riesgo relacionados con el desarrollo de estos hábitos y dará pauta a que el odontólogo ejerza la práctica de la multidisciplinaria, obteniendo así innovaciones y resultados aún más enriquecidos en las próximas investigaciones.

Debido a los resultados obtenidos en el presente estudio en donde se aprecia que a pesar de la corta edad de la población, los hábitos ya se hacen presentes, se pide que el odontólogo ponga mucho más énfasis en la prevención de éstos, ya que en estas edades es más viable esta intervención; interactuando con los padres de familia informándoles y concientizándolos de las consecuencias de la práctica de ellos en sus hijos y de igual forma con los preescolares para obtener así, una buena cooperación por parte de ambos, teniendo en cuenta que por más sofisticado que sea el tratamiento de dichos hábitos bucales parafuncionales, si no se tiene la cooperación y apoyo de padres y pacientes no se logrará erradicarlos y mucho menos evitar sus consecuencias a largo plazo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Moyers R. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Argentina: Edit. Panamericana, 1998.pp.156-160.
- 2.-Ohanian M. Fundamentos y principios de la Ortodoncia Dento- Maxilofacial. Colombia: Edit. AMOLCA; 2002.pp.105-108.
- 3.-Bordoni.Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual:Edit. Médica Panamericana.2010. pp.656-674.
- 4.-Bishara S. Ortodoncia. 2ª ed. México: Edit. Mac Graw-Hill; 2003
- 5.- Barberia L. Atlas de Odontología Infantil, Para peditras y Odonólogos. 1º. Edit. Ripano; 2005. pp. 107-125.
- 6.-Agurto V. Pamela, Díaz M. Rodrigo, Cádiz D. Olga, Bobenrieth K. Fernando. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil. pediatr. [Revista en la Internet]. 1999 Nov [citado 2013 Ene 08] ; 70(6):.Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41061999000600004
- 7.-Muñoz E. Odontología pediátrica.2a ed. Colombia: Edit. AMOLCA; 2004. pp. 448-465.
- 8.- Cepero Sánchez Zunay de Jesús, Hidalgo-Gato Fuentes Iliana, Duque de Estrada Riverón Johany, Pérez Quiñones José Alberto. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2012 Dic 06] ; 44(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400007&lng=es.
- 9.-Cabaña Lores C, et al. Temas de Ortodoncia. Estomatología Infantil. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996. pp. 130-8.

- 10.-Moyers R. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Argentina: Edit. Panamericana,
11. UNICEF–UDELAR. Nuevas formas de familia; perspectivas nacionales e internacionales. Universidad de la República. 2003 noviembre; Montevideo, Uruguay; pp.55-141.
12. Luengo RT, Román SJM. Estructura familiar y satisfacción parental; propuestas para la intervención. Acciones e investigaciones sociales, Dialnet Universidad de la Rioja;1,2006.pp.455-59.
13. González BI. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(3):270-276.
14. Ariza M, Oliveira O. Regímenes sociodemográficos y estructura familiar: los escenarios cambiantes de los hogares mexicanos; Estudios Sociológicos. 2ª ed. México: El Colegio De México; 2006:24(70);3-30.1998.pp.156-160.
- 15.-Águila RJ, Roselló J, Enríquez E. Prevalencia de las maloclusiones en dentición. Rev. Cubana Estomatol. 1980;17(2):79-83.
- 16.-Canut J. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2a. ed. Barcelona: Edit. MASSON; 2001. pp. 237-226.
- 17.-Sydney B. Odontología pediátrica. 4ª. Ed. México: Edit. Interamericana; 1997.
- 18.-Proffit W. Ortodoncia Contemporánea Teoría y práctica. 3ª ed. Madrid España: Edit. Harcourt; 2001. pp. 134-139.
- 19.-De Figueroa W. Odontología para el bebé. Brasil: Edit. AMOLCA; 2000. pp. 76-84.
- 20.-Blanco-Cedres Lucila, Guerra María E, Rodríguez Sebastián. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. Acta odontol. venez [revista en la Internet]. 2007 Ene [citado 2013 Ene 08]; 45(1): 71-73. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000100012&lng=es.

21. -López L, Singh G, Feliciano N, Machuca Mdel C. Associations between a history of breast feeding, malocclusion and parafunctional habits in Puerto Rican children. P R salud Sci J. 2006 Mar; 1:31-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16883676>
- 22.-Agurto V. Pamela, Díaz M. Rodrigo, Cádiz D. Olga, Bobenrieth K. Fernando. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 1999 Nov [citado 2013 Ene 08]; 70(6): 470-482. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41061999000600004
- 23.-Paredes V. Paredes C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. Facultad de Medicina y Odontología de Valencia. España. AnPediatr(Barc)2005;62(3):2615
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v62n03a13071842pdf001.pdf>.
24. – Onyeaso O, Sote O. Prevalence of oral habits in 563 Nigerian preschool children age 3-5 years. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11922027>
- 25.-Alemán Sánchez Pedro Carlos, González Valdés Damaris, Díaz Ortega Laura, Delgado Díaz Yaima. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2012 Dic 05];44(2):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072007000200001&lng=es.
26. – DaCosta O, Orenuga O. Dentofacial anomalies related to the digit sucking habit in Nigerian children. Afr J Med Med Sci. 2003; 32(2): 167-71.
- 27.-Rieslson J. Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Brasil: Edit. Artes Médicas Latinoamérica; 2002. pp. 68-72.
- 28.-Morks M. Atlas de Ortodoncia del Adulto tratamiento Funcional y estético. España: Edit. Masson; 1992. pp. 58.

- 29.-Robert E. Manual de ortodoncia. 4^a. ed. Argentina: Edit. Panamericana; 1998. pp. 156-160.
- 30.-Floyde E. Odontología Infantil e Higiene Odontológica. México: Edit. UTEHA; 1958. pp. 223-253.
- 31.-Chaconas J. Ortodoncia. México: Edit. El manual moderno; 1982. pp. 198-199.
32. -Cortese S. Cátedra de Odontología Integral Niños, [Relationship between dysfunctions and parafunctional oral habits, and temporomandibular disorders in children and teenagers]. Arch Argent Pediatr. 2009 Apr; 107(2):134-8.
- 33.-Fernández C. , Acosta A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 1997;12(2):79-83 http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=13112&id_seccion=468&id_ejemplar=1347&id_revista=75
- 34.-Hirschfeld L. Pequeños movimientos dentarios en odontología general. Buenos Aires: Edit. Mund; 1969. pp. 66-68, 131-137.
- 35.-Pujano J. Oclusión tratado de teoría y práctica para el odontólogo. México: Edit. UNAM (FES Iztacala); 2004. pp. 188-193.
- 36.- Estoy Z, Albani F, Ntrekou P, Rugiano A, Duse M, Mattei A, Marzo G. Oral breathing and dental malocclusions. Eur J Paediatr Dent. 2009 Jun;10(2):59-64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19566370>
37. –Stef nescu I, Zetu I, Rusu M. [News on prevalence of vicious habits in children]. Rev Chir Soc Med Med Nat Iasi. 2011 Oct-Dic; 4:1258-61.
- 38.- Nieto Perea, Patricia, Acosta Quiñones, Jorge y Meneses López, Abraham. Determinación de la profundidad del paladar en niños con respiración bucal de 6-8 años de edad. Rev. Estomatol. Herediana. [online]. ene./junio 2005, vol.15, no.1 [citado 27 Enero 2013], p.50-54. Disponible en la World Wide Web: <http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552005000100010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1019-4355.

ANEXOS

ANEXONo. 1
Formato de consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ expreso mi conformidad y autorización como Padre o Tutor conjuntamente con la de mi hijo(a) para participar en el estudio titulado: **Prevalencia de hábitos orales parafuncionales y su relación con el tipo de familia de procedencia en preescolares de 3 a 5 años del CENDI “Antonia Nava de Catalán” de la Honorable Cámara de Diputados.** Después de haber escuchado la explicación realizada por la pasante de la carrera de Cirujano Dentista: Dulce Karina Hernández González.

Nombre y Firma: _____

A N E X O No. 2
Cuestionario para padres de familia



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CAMARA DE DIPUTADOS
DIRECCION DE SERVICIOS MÉDICOS
CENDI "ANTONIA NAVA DE CATALAN"
FICHA DE IDENTIFICACIÓN



NOMBRE DEL NIÑO _____ FOLIO _____
FECHA DE NACIMIENTO (DIA//MES//AÑO) ___//___//___ SEXO (M) (F) GRUPO _____

**LOS DATOS OBTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO
SON CONFIDENCIALES Y PARA USO EXCLUSIVO DE ESTADISTICA**

El niño vive dentro del núcleo familiar:

SI Solo con la mamá Solo con el papá Otros

Succión

1. ¿Su hijo Toma mamila? SI NO

Si toma mamila ¿cuándo lo hace?:

Una vez al día Dos veces al día 3 o más veces al día

2. ¿Usa chupón? SI NO

3. ¿Se chupa el dedo? SI NO

¿Cuándo?:

Al dormir Todo el día Cuando está aburrido

4. ¿Su hijo se chupa el labio?
SI NO

Mordisqueo

5. ¿Su hijo se muerde las
uñas? SI NO

6. ¿Su hijo se muerde el labio? SI NO

7. ¿Su hijo muerde algún
objeto como lápices, juguetes,
etc.? SI NO

8. ¿Su hijo se muerde la lengua? SI NO

Respiración:

9. ¿Su hijo respira por la boca? SI NO
Durante el día
Durante la noche

A N E X O No. 3
Ficha epidemiológica para los preescolares



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CAMARA DE DIPUTADOS
DIRECCION DE SERVICIOS MÉDICOS
CENDI "ANTONIA NAVA DE CATALAN"**



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO _____ FOLIO _____

FECHA DE NACIMIENTO (DIA//MES//AÑO) ___//___//___ SEXO (M) (F) GRUPO _____

**LOS DATOS OBTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO
SON CONFIDENCIALES Y PARA USO EXCLUSIVO DE ESTADISTICA**

Examen extraoral

Dedos

a) Uñas y cutículas

Limpios
Completas

Callosidades
Alteradas

Labios

- a) Labios
- b) Labio superior
- c) Labio inferior
- d) Cierre labial

Hidratados
Sin alteraciones
Sin alteraciones
Sin alteraciones

Resecos
Alterado
Alterado
Alterado

Nariz

- a) Aletas nasales
- b) Respiración al sellar los labios

Redondeadas
Sin alteraciones

Aplanadas
Acelerada, insuficiente o nula

Examen intraoral

Lengua

- a) En reposo
- b) Deglución
- c) Fonación

Sin alteraciones
Sin alteraciones
Sin alteraciones

Interpuesta:
En anteriores
Lateralmente

Paladar

- a) Forma del paladar

Sin alteraciones

Alterada

Dientes

- a) Anteriores superiores
- b) Anteriores inferiores
- c) Posteriores

Sanos Desgaste Protruidos Caries
Mordida
abierta anterior
Sanos Desgaste Retruidos Caries
Sanos Mordida abierta lateral

ANEXO No. 4
Cronograma de Actividades

GANTT DE ACTIVIDADES (CRONOGRAMA)



