

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN - LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Monografía para optar al título de Cirujano - Dentista

Prevalencia de niños con Hábitos orales en edades  
de 5 - 7 años, en las escuelas del barrio San Judas  
Tadeo en la Ciudad de Managua  
Abril - Mayo 2008

*Autores:*

Br. Scarletth Del Carmen Andrade Rodríguez  
Br. Ingrid Michelle Báez Balladares

*Tutor:*  
Dr. Jorge Cerrato

# INDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVO ESPECÍFICO	5
MARCO TEÓRICO	6
1. Reflejo de succión	7
2. Hábito de succión	8
3. Hábito con el chupete	9
4. Respiración bucal	11
5. Fisiología de la deglución	12
6. Deglución con presión atípica de la lengua	13
Clasificación	13
Con presión lingual anterior	13
Con presión lingual lateral	13
Con presión lingual anterior y lateral	13
7. Onicofagia	14
MATERIAL Y MÉTODOS	17
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	22
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	26
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	34

## *Introducción*

El hábito, se define como la costumbre o práctica adquirida, en la repetición frecuente de un mismo acto. Los hábitos bucales 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.

Una de las enfermedades más comunes de la cavidad bucal son las ADM (Alteraciones Dentomaxilares), que se definen como las deformaciones de los huesos maxilares y mal posición dentaria. Las causas de su aparición son múltiples, entre las cuales está la herencia, mal nutrición, enfermedades generales y malos hábitos, estos últimos pueden causar deformaciones en los maxilares produciéndose alteraciones funcionales y de estética facial, manifestándose en problemas emocionales en el niño e influyendo en sus futuras relaciones interpersonales como adultos.

Existen algunas publicaciones internacionales que muestran el comportamiento y evolución de los hábitos orales así como la relación que existe entre estos y las deformaciones de huesos maxilares y mal posición dentales. Dentro de estas se encuentra una realizada en Japón en 1996 en la que se examinó a 2018 niños de tres a cinco años y se observó que el 42.08% de ellos presentaron malos hábitos, dentro de los cuales el 22.1% correspondía a hábitos de succión. La distribución según sexo correspondió a un 42.08% de niños y a un 57.92% de niñas.

En otro estudio realizado en la clínica de Iztacala para determinar cual de los hábitos orales es más frecuente en una población de niños de 5 a 13 años que acuden al diplomado de Ortopedia Maxilar en el año 2003. Se revisaron 200 historias clínicas de las cuales 152 presentaron los hábitos orales de chupón en un 15%, onicofagia en un 28%, succión digital en un 10%, lingual en un 14% y labial en un 33%.

Otro estudio realizado en Brasil en niños con dentición mixta en el año 1991, se concluyó que el 23% de las mal oclusiones eran provocadas por hábitos de succión. Además el 78.5% de los niños con mordida abierta anterior y el 30.5% de los niños con mordida cruzada uni o bilateral presentaban hábito de succión.

En Nicaragua, también se han realizado estudios investigativos sobre estos temas. A continuación haremos mención como referencia de estudios relacionados al tema que hoy nos ocupa:

Prevalencia de succión digital del pulgar y grado de severidad en las alteraciones bucales en niños de 4-10 años, León 1993. Valentina Mendoza Medal, Francisco Noguera Guevara, Gloria Sediles Herrera, José Reyes Teofilo.

Frecuencia de algunos hábitos orales y su relación con algunas maloclusiones, en niños escolares de la ciudad de Diriamba – Carazo, 1998. Br. Henry Mercado Baltodano, Br. Donald González Morales, Br. Horacio Jiménez Bermúdez.

Hábitos bucales más frecuentes en niños y niñas de 3 a 6 años de edad, en los Centros de Desarrollo Infantil, León 1998, Mayra Cecilia Chavarría Delgado, Esther Jirón Muñoz, Mario Merlo.

Hábitos orales y su relación con la mala oclusión en niños de 9-14 años que asisten a las clínicas multidisciplinarias y Ayapal de la UNAN, León en el periodo de Marzo-Septiembre León 1999, Bra. Consuelo José Alvarado Mercado, Bra. Marjorie Javana Estrada Ordoñez.

Prevalencia de los hábitos bucales deformantes en escolares de 4, 8 y 12 años del área urbana del Municipio de Telica, León en el período comprendido de Abril a Mayo del 2002. Fátima Lorena Córdoba Núñez, Kenia Patricia Hernández Areas.

El problema de los malos hábitos bucales involucra en su diagnóstico y tratamiento a un grupo de profesionales como odontólogo, pediatra, otorrinolaringólogo, psicología, fonoaudiólogo, enfermera, profesores, y por supuesto a los padres.

Mientras antes se elimina el mal hábito, menores serán los daños ocasionados, de esto se desprende la importancia de la detección precoz. De ahí el rol protagonista de quienes están en contacto directo con el niño, como son los padres y los profesores.

Basado en estos estudios y debiendo reconocer que el profesional de la odontología tiene una responsabilidad en la identificación temprana de los hábitos bucales, para así obtener resultados positivos en el tratamiento, surgió la necesidad de realizar un estudio en niños escolares de las escuelas del barrio San Judas Tadeo en la ciudad de Managua para detectar la prevalencia de niños con hábitos orales en edades de 5 a 7 años. Con el fin de que este trabajo sirva de base a las autoridades de estos centros de estudio para que busquen el apoyo necesario en organismos tanto gubernamentales como no gubernamentales para la creación de programas de prevención en el área de malos hábitos bucales que tenga como objetivo motivar e informar a los profesores, padres e hijos sobre las causas, consecuencias y prevención de los hábitos bucales.

**Objetivo general:**

Determinar la prevalencia de niños con Hábitos orales en edades de 5 – 7 años, en las escuelas del barrio San Judas Tadeo en la Ciudad de Managua, Abril – Mayo 2008

**Objetivos específicos:**

1. Determinar la prevalencia de niños con hábitos orales, según sexo.
2. Identificar el hábito oral más común.
3. Establecer la frecuencia de hábitos orales según sexo.
4. Establecer la frecuencia de hábitos orales según edad.

## **MARCO TEÓRICO**

**Hábito:** es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato., en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente.<sup>20</sup>

Los hábitos orales son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una serie de actos que sirven para calmar una necesidad emocional.<sup>4</sup>

Los hábitos orales pueden clasificarse como:

- **Fisiológicos o funcionales** como son la respiración nasal, masticación, fonarticulación y deglución.
- **No fisiológicos** entre los cuales tenemos la succión que puede ser dedo, chupete, mamadera o labio, entre otros, la respiración bucal, la interposición lingual (en reposo, deglución y fonarticulación), la onicofagia.

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzcan una deformación ósea. Otras veces se agrega a ello fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupete. Warren observó que el hábito de succión prolongado después de los cuatro años de edad causó arcos maxilares estrechos, mayor sobrepase horizontal (overjet), y mayor prevalencia de mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.<sup>3,4,8</sup>

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, a pesar de las discusiones de hasta qué edad pueden ser consideradas como normales. Todos los hábitos anómalos modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí.<sup>3,4</sup>



Los hábitos producen o agravan la maloclusión dependiendo de la capacidad del hueso para responder a los estímulos de presión. El grado de deformidad causado por los hábitos orales depende de tres factores importantes que son: <sup>11</sup>

- Intensidad del hábito (fuerza).
- Frecuencia del hábito (qué tan a menudo).
- Duración del hábito (por cuánto tiempo). <sup>11</sup>

### ***1. Reflejo de succión:***

Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo neuromuscular, llamado reflejo de succión. Esta temprana organización del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse de ella.<sup>5</sup>

Evidentemente el patrón de succión del niño corresponde a una necesidad, la necesidad de agarrarse no resulta tan obvia, sin embargo, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hace que este reflejo sea marcadamente predominante.<sup>5</sup>

A medida que se desarrolla su vista y su oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. Si el objeto provoca una sensación agradable puede tratar de comerlo, si la sensación es desagradable, lo escupe y muestra su desagrado contusionando la cara y volviendo la cara en dirección opuesta al objeto.<sup>5</sup>

Los objetos introducidos en la boca especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasado.<sup>5</sup>

Utilizando estas experiencias satisfactorias se da así mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducirse su dedo pulgar en la boca. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca y también la necesidad de agarrarse de algo y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.<sup>5</sup>

Se ha comprobado que los niños que debido a una retirada precoz del pecho o del biberón, sólo han podido mamar durante poco tiempo, son los que más frecuentemente chupan su pulgar, normalmente decrece con la edad y es importante hasta el segundo año. Según S. A. Shentoub y A. Soulairac, un 50 % de niños de 5 años chupan aún su pulgar, descubren una pequeña diferencia entre niños y niñas; los bebés del sexo masculino que chupan sus dedos son algo más numerosos, pero con el crecimiento lo dejan de hacer un poco antes que los del sexo femenino, adquiriendo otras costumbres. La succión se produce en diversas situaciones, como descarga de tensión o como placer rítmico.<sup>14</sup>

Muchas veces este hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención.<sup>13</sup>

## ***2. Hábitos de succión digital.***

La succión digital es el hábito pernicioso de la infancia, es muy común en los niños y puede considerarse como normal hasta los 2 años y medio. Este hábito consiste en la introducción del dedo pulgar de una de las manos de los niños en la cavidad bucal, generalmente lo hace con la yema o pulpejo de los dedos apoyado sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar, incisivos y la cara lingual o palatina de los incisivos superiores.<sup>6</sup>

Los efectos típicos de la succión digital incluye la protrusión de los incisivos superiores, la retroinclinación de los incisivos inferiores con el consiguiente incremento del resalte, y la mordida abierta anterior que normalmente es asimétrica y más pronunciada en el mismo lado del dedo succionado.<sup>12</sup>

A menudo, se observa un estrechamiento de la arcada superior debido a la reducción de la presión del aire dentro de la cavidad oral y a la actividad de la musculatura de las mejillas, principalmente del músculo buccinator, durante la succión. Esta compresión del maxilar superior conduce con frecuencia a una mordida cruzada unilateral por desviación funcional de la mandíbula. Estas alteraciones no siempre están presentes en todos los casos con historia de hábito prolongado.<sup>12</sup>

Un estudio realizado por Mendoza y col. sobre la prevalencia de succión del pulgar y el grado de severidad en las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad, se observó que de 700 niños examinados el 41% presentaron vestibuloversión de los dientes anteriores; y el 62% presentaron profundidad de la bóveda palatina.<sup>19</sup>

La duración del hábito es importante, si el hábito se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día o la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupa el dedo de modo esporádico que en otro que mantenga continuamente el dedo en la boca.<sup>12</sup>

La intensidad del hábito también es otro factor que hay que analizar hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral. La posición del dedo también influye siendo más nociva si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes, con la punta del dedo situada en el suelo de la boca, y por ultimo, el patrón morfogenético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito; si el niño presenta un patrón de crecimiento mandibular vertical, tenderá a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que la favorezca agravará dicha tendencia.<sup>12</sup>

### ***3. Hábitos con el chupete***

Los cambios dentales que ocasiona este tipo de hábitos son similares a los que producen los hábitos digitales y no hay consenso claro que indique diferencias terapéuticas. En los niños que usan el chupete se observan de manera constante mordida abierta anterior y colapso maxilar. El movimiento labial de los incisivos superiores no siempre es tan pronunciado como en el hábito de succión digital.<sup>1</sup>

Desde el punto teórico es más fácil erradicar los hábitos de chupete que los digitales, porque es posible suspender el uso del chupete de manera paulatina o total con charlas y explicaciones, lo cual es desde luego imposible con los hábitos de succión digital. En

unos cuantos casos el niño comienza a chuparse el dedo después de dejar el chupete lo que hará necesario atender el mismo hábito.<sup>1</sup>

Holm en un estudio realizado en Danish en niños entre 3 – 5 años de edad encontró que la succión del chupete fue casi tres veces más común, que la succión digital, pero decreció con la edad. Sin embargo, niños con hábitos de succión digital tienden a mantener el hábito.<sup>9</sup>

Hallazgos similares fueron reportados por Farsi y Salama en 583 niños Saudi en edades de 3 – 5 años, encontraron una prevalencia de hábito de succión cerca del 48%, siendo la succión del chupete el hábito predominante y que más succionadores del chupete interrumpieron el hábito en sus primeros años de vida, mientras que los succionadores digitales continuaron con el hábito después de los cinco años.<sup>10</sup>

Chavarria, Jirón en 1998 en un estudio que se llevó a cabo en la ciudad de León, Nicaragua en niños de 3 a 6 años reportó que la prevalencia del hábito de succión digital en los niños fue de 83% y no encontró diferencias significativas por sexo ni edad. De igual manera en un estudio realizado por Zeledón y colaboradores en Estelí-Nicaragua en el 2000 demostró que el hábito bucal más frecuente fue la succión digital, sin embargo estos mencionan que es más frecuente en niños de tres años de edad y en el sexo masculino.<sup>16, 20</sup>

Córdobas y col. en un estudio realizado en el Municipio de Telica en el años 2002 reportaron que el hábito de Succión digital, estaba presente en una quinta parte (19.7%) de los escolares estudiados, y siguiendo el patrón general de mayor prevalencia en el sexo masculino y a los 4 años de edad, con tendencia a disminuir al aumentar la edad. La persistencia del hábito ha sido considerada como un signo de ansiedad e inestabilidad emocional del niño<sup>18, 12</sup>

#### ***4. Respiración bucal***

En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, durante la inspiración y expiración, el aire pasa solamente por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal; perdiendo con ello su capacidad morfofuncional, que permitiría un desarrollo trasversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales.<sup>7,13</sup>

Las causas de la respiración bucal están relacionadas con la poca permeabilidad de la vía aérea superior ya sea por infecciones respiratorias recurrentes, hipertrofia de las adenoides y amígdalas palatinas, rinitis alérgica, desviaciones del tabique nasal y cavidad nasal estrechas con hipertrofia de cornetes. La respiración bucal se considera un mal hábito cuando persiste una vez superada el problema de obstrucción nasal.<sup>2,12</sup>

En los casos más extremos, la obstrucción respiratoria nasal y el hábito de respiración bucal producirán cambios esqueléticos y dentarios que afectarán a la cara del individuo, que se volverá más larga, y su incompetencia labial más manifiesta, al presentar un labio superior corto por elevación de la base de la nariz, ofreciendo con su punta levantada una visión frontal de las narinas.<sup>13</sup>

Si esta hipoplásia del tercio medio de la cara es sólo en el plano transversal, existirá una compresión maxilar que puede presentarse con apiñamiento o con potrusión incisiva, donde el paladar será alto y angosto como si de un arco gótico se tratara, la mordida cruzada posterior en estos casos es muy acusada, estableciéndose una divergencia con la mandíbula, por quedar esta en una posición más posterior o distal, a la vez que gira en sentido horario lo que incrementa la verticalidad de la cara, ofreciendo un aspecto que se conoce como “ Síndrome de la cara larga o facies adenoides”. Es decir, rostro alargado y estrecho, ojos caídos, orejas profundas, surcos geneanos marcados, labios entre abiertos, hipotónicos y reseco y surco nasolabial profundo. Estos pacientes tienen frecuentemente una deglución atípica y una postura de lengua y labios incorrecta.<sup>7,13</sup>

## ***5. Fisiología de la deglución***

La deglución es una función biológica y coordinada constituida por una conexión neurológica y mecánica sinérgico y antagónico de acciones musculares regida por actos reflejos. Es un acto continuo y de ejecución rápida<sup>7</sup>

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

La mandíbula, al inicio de la deglución madura está en posición de descanso y ligeramente separada de la maxila y un poco hacia delante. La lengua descansa en la cavidad bucal con la punta apoyada sobre los incisivos inferiores o apoyada en la región de la papila palatina. Los labios en contacto pasivo. El paladar blando esta inclinado hacia abajo y apoyado sobre el dorso de la lengua. El pasaje nasal se encuentra abierto.<sup>7</sup>

Al deglutir los dientes entran en contacto, los labios continúan en contacto pasivo cerrando solamente la entrada de la cavidad bucal. La punta de la lengua para coleccionar saliva hace un contacto rápido con las caras linguales de los incisivos inferiores y se levanta, enseguida, para apoyarse en las rugosidades del paladar duro. Los bordes laterales de la lengua tocan suavemente las caras linguales de los dientes posteriores. La saliva es llevada hacia atrás con movimientos ondulatorios de la lengua, al mismo tiempo que su dorso se deprime. Para mantener el contacto con la lengua el paladar blando se deprime más, cuando la saliva llega a la faringe comienza la acción refleja.<sup>7</sup>

Entre ambos tipos de deglución existe un tiempo de transición o maduración del sistema neuromuscular donde alteraciones durante este periodo puede llevar a la persistencia de la deglución infantil, induciendo con ello la aparición de una mala oclusión.

## ***6. Deglución con presión atípica de la lengua.***

En pacientes con este tipo de problema al deglutir, los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose, a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y de las comisuras lo que provoca un estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano.<sup>7</sup>

### **6.1 Clasificación:**

Las degluciones con presión atípica de la lengua se clasifican en:

#### ***6.1.1 Con presión lingual anterior.***

La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:<sup>7</sup>

6.1.1.1 Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se realiza con los dientes desocuidos, y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia hay una mordida abierta anterior.<sup>7</sup>

6.1.1.2 Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además, de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior y hace que los incisivos superiores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular.<sup>7</sup>

6.1.1.3 Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior: el mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior, uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.<sup>7</sup>

#### ***6.1.2 Con presión lingual lateral.***

La presión se realiza en la porción lateral del arco a la altura de los premolares con obtención del apoyo entre los dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son:<sup>7</sup>

6.1.2.1 Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares.<sup>7</sup>

6.1.2.2 Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto, también ocasionada por la ruptura del equilibrio muscular de este lado.<sup>7</sup>

### **6.1.3 Con presión lingual anterior y lateral.**

Las deformaciones resultantes son:

6.1.3.1 Mordida abierta anterior y lateral.<sup>7</sup>

6.1.3.2 Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.<sup>7</sup>

6.1.3.3 Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.<sup>7</sup>

En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección).<sup>2</sup>

Alvarado, Estrada en un estudio realizado en la ciudad de León en el año 1999 encontraron que el hábito bucal más frecuente es la lengua protráctil.<sup>17</sup>

## **7. Onicofagia (Morderse las uñas).**

La onicofagia, del griego onyx - uña - y phagein - comer -, se define como una costumbre de "comerse o roerse" las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática.<sup>5</sup>

La onicofagia se observa en edades escolares sin diferenciación de sexo, suele darse en personas autoritarias, tensas y que exteriorizan mal sus sentimientos, coincide con un ambiente familiar tenso y tiene valor de autoagresión.<sup>21</sup>



Este hábito es poco usual antes de los tres años de edad. Se ha señalado que el número de personas que se muerde las uñas incrementa hasta la adolescencia. A los niños les gusta cogerlas cosas, tirarlas por el suelo, golpearlas, destrozarlas, manifestando en toda esa actividad una necesidad de ejercicio motor al mismo tiempo que de un gozoso aprendizaje del dominio muscular. Puede suceder que algunas intervenciones desafortunadas de la madre vayan dirigidas a deprimir esa necesidad de acción que es tan primordial. Para ese entonces como si todas esas fuerzas agresivas tuvieran necesidad de descargarse en algún sitio, si se le cierra el acceso a una vía de desagüe normal dichas fuerzas se revuelven contra el mismo niño, comerse las unas es una de las manifestaciones de esa agresividad contra el mismo.<sup>14</sup>

En cuanto a la onicofagia por imitación, hábito contraído por el niño mirando y copiando a un compañero, o la onicofagia de timidez propia de aquel a quien un profesor esta interrogando, parece que es una simple reacción infantil en determinada circunstancia y que no merece un estudio más extenso, ya que no se trata del verdadero comerse las uñas.<sup>21</sup>

Ajuriaguerra, menciona en su manual de psiquiatría infantil que este, es un fenómeno frecuente, ya que la proporción de niños en edad escolar que se muerden las uñas oscila entre un 10 y un 30%, que no es mayor la proporción masculina que la femenina y no guarda relación con el nivel mental de la persona. La onicofagia alcanza su cumbre entre los 11 y los 13 años.<sup>5, 14</sup>

No hay evidencia de que morderse las uñas pueda ocasionar mal oclusiones. Algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica es el surgimiento, de la mordida abierta anterior.<sup>7</sup>

Los riesgos o daños colaterales de la mordida de las uñas es la infección derivada del transporte de gérmenes, que ocultan bajo las uñas, a la boca. En ocasiones el hábito se extiende a la cutícula, provocando verdaderas deformaciones a la falange distal. El hábito también puede dañar a largo plazo la sustancia adamantina frontal de los dientes aumentando la caries en las zonas afectadas.<sup>15</sup>

En un estudio realizado por Lozano, Centeno y colaboradores en 1991 en León, Nicaragua encontró que el hábito bucal más frecuente en niños de 2 a 6 años fue la onicofagia con un 29% y el sexo femenino el más afectado.<sup>19</sup>

## MATERIAL Y MÉTODO

### *Tipo de estudio:*

Descriptivo de corte transversal.

### *Área de estudio:*

Este estudio se realizó en las escuelas de preescolar y primaria del barrio San Judas de la Ciudad de Managua.

- Clementina Cabezas, ubicado costado norte del Mercadito San Judas.
- Rodolfo Rodríguez Álvarez, Los Quincho Barrilete, ubicado costado sur del supermercado Pali. Se imparte clases en turno matutino y vespertino.
- Escuela Belén, ubicada del Ceibón 3 cuadras al lago, cuenta con turnos matutino y vespertino.

### *Población en estudio:*

Se estudiaron 343 escolares en edades entre 5-7 años de edad, matriculados en las escuelas del barrio San Judas Tadeo. De los cuales 173 pertenecen al sexo masculino y 170 al sexo femenino.

### *Distribución de los escolares según la edad y el sexo.*

<b>Edad en años</b>	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>5</b>	<b>44</b>	<b>12.82</b>	<b>44</b>	<b>12.82</b>	<b>88</b>	<b>25.65</b>
<b>6</b>	<b>58</b>	<b>16.90</b>	<b>66</b>	<b>19.24</b>	<b>124</b>	<b>36.15</b>
<b>7</b>	<b>71</b>	<b>20.69</b>	<b>60</b>	<b>17.49</b>	<b>131</b>	<b>38.19</b>
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>50.43</b>	<b>170</b>	<b>49.56</b>	<b>343</b>	<b>100</b>

### *Unidad de Análisis:*

Cada uno de los niños y niñas examinados de 5 a 7 años de edad.

***Variables:***

- Edad
- Sexo
- Hábitos orales que tenga cada niño.

***Criterios de inclusión:***

Niños y niñas de 5 a 7 años de edad estudiantes activo en Abril – Mayo del 2008 matriculados en las escuelas del barrio San Judas Tadeo.

***Instrumento de recolección de la información:***

La recolección de la información se realizó a través del llenado de una ficha individual en base a los datos obtenidos mediante el interrogatorio y examen clínico extraoral e intraoral realizado a cada una de las unidades de análisis.

La ficha individual será diseñada teniendo como base los objetivos propuestos para obtener los datos requeridos para el estudio que comprende:

- Edad
- Sexo
- Hábitos bucales

***Método de recolección de la información:***

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

1. Una revisión bibliográfica amplia con un óptimo nivel de validez científica sobre el tema en cuestión.
2. Elaboración de una ficha para cada niño, con el objetivo de registrar los datos obtenidos del estudio.
3. Estandarización de criterios entre ambos operadores, con un entrenamiento previo sobre el reconocimiento de los hábitos bucales y sus características.

4. Visita a cada Centro de estudio con una carta de identificación firmada por los investigadores, dirigidas a las autoridades de cada una de las escuelas, a su vez se converso con cada uno de ellos explicándole los objetivos del estudio y solicitando al mismo tiempo su cooperación.
5. Examen clínico extraoral e intraoral individual para cada niño, que se realizo en el aula de clases, para lo cual se utilizo guantes, espejos bucales, un recipiente para desechos y una mesa para colocar los instrumentos, así como un breve interrogatorio a los mismos con el fin de identificar los signos clínicos más evidentes de hábitos bucales.

El examen clínico se realizó en el siguiente orden:

- a) Observación frontal de la cara y labios del paciente en posición pasiva o reposo.
- b) Observación de manos del paciente (dedos y uñas).
- c) Observación clínica de los dientes en estado de oclusión.
- d) Observación clínica de la apertura y oclusión de la dentición.
- e) Observación clínica del paladar, adenoides, lengua y tejidos blandos de la cavidad oral.
- f) Observación de objetos manipulados por el niño (lápiz, borradores, etc.).

Para la identificación de cada hábito bucal se tuvo como parámetros de evaluación clínica lo siguiente:

### **Succión digital.**

- ❖ Sobrepase horizontal excesivo.
- ❖ Protrusión de incisivos superiores.
- ❖ Retroinclinación de los incisivos inferiores.

- ❖ Mordida abierta anterior.
- ❖ Paladar estrecho y profundo.
- ❖ Mordida cruzada uni o bilateral.

### **Respiración bucal.**

- ❖ Labio superior corto
- ❖ Visión frontal de las narinas
- ❖ Síndrome de la cara larga:
  - Rostro alargado y estrecho.
  - Labios entre abiertos, hipotónicos y resecos.
  - Surco nasolabial profundo.
- ❖ Apiñamiento o protrusión incisiva.
- ❖ Paladar estrecho y profundo.

### **Lengua protráctil.**

- ❖ Presión lingual anterior:
  - Interposición o proyección interdental a nivel de dientes anteriores durante la deglución.
  - Mordida abierta anterior.
  - Mordida abierta anterior y vestibuloversión.
  - Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior.
- ❖ Presión lingual lateral:
  - Mordida abierta lateral.
  - Mordida abierta lateral y mordida cruzada posterior.

### **Onicofagia.**

- ❖ Evidencia clínica de mordedura de las uñas.
- ❖ Caries o fractura a nivel de los bordes incisivos de los dientes anteriores.

## Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Indicador	Valor
<i>Edad</i>	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del examen clínico	Número de años cumplidos reflejado en el registro académico de cada niño	5 años 6 años 7 años
<i>Sexo</i>	Características fenotípicas del individuo que lo diferencian entre hombre y mujer	Características anatómicas propias del individuo hombre o mujer. Según el registro académico	Femenino Masculino
<i>Hábitos orales</i>	Prácticas o actos repetitivos, adquiridos por instinto o conscientemente en el cual está involucrado la estructura bucal	A través del examen clínico.  Examinando las características clínicas orales que presenta cada hábito.  Interrogatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Succión digital</li> <li>• Respiración bucal</li> <li>• Lengua protráctil</li> <li>• Onicofagia</li> <li>• Otros</li> </ul>

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Tabla # 1**

**Prevalencia de niños y niñas de 5 a 7 años de edad que presentan al menos un hábito bucal, en las escuelas del barrio San Judas Tadeo, en la Ciudad de Managua, Abril – Mayo 2008**

Edad en años	Masculino 173		Femenino 170		Total	
	Niños con hábitos	%	Niñas con hábitos	%	Niños y niñas con hábitos	%
5	18	10.40	29	17	47	13.70
6	38	21.9	49	28.8	87	25.36
7	46	26.5	39	22.9	85	24.78
Total	102	58.9	117	68.8	219	63.84

En la población estudiada se encontró que cada 100 escolares examinados el 63.8 presenta al menos un hábito bucal. El 68.8, de cada 100 niñas presenta al menos un hábito y de cada 100 niños el 58.9 presentan hábitos bucales.



**Tabla # 2**

**Frecuencia de hábitos bucales en niños y niñas de 5 a 7 años de edad en las escuelas del barrio San Judas Tadeo, en la Ciudad de Managua, Abril – Mayo 2008**

Hábito bucal	Frecuencia	
	Con hábito	%
Succión digital	63	20.38
Respiración bucal	6	1.94
Lengua protráctil	113	36.56
Onicofagia	53	17.15
Otros	74	23.94
Total	309	100

La lengua protráctil fue el hábito más prevalente, siendo el 36.56% de los casos identificados, otros hábitos fue el 23.94%, seguido por succión digital con 20.38%, onicofagia con el 17.15% y respiración bucal con un 1.94%.

**Tabla # 3**

**Frecuencia de Hábitos bucales según el sexo en niños y niñas de 5 a 7 años de edad en las escuelas del barrio San Judas Tadeo, en la Ciudad de Managua, Abril – Mayo 2008**

Sexo	Femenino		Masculino	
	Con hábito	%	Con hábito	%
Succión digital	35	20.58	28	20.14
Respiración bucal	5	2.94	1	0.71
Lengua Protráctil	58	34.11	55	39.56
Onicofagia	29	17.05	24	17.26
Otros	43	25.29	31	22.30
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

El hábito de succión digital no presenta diferencia entre ambos sexo, Respiración bucal se encontró con mayor frecuencia en el sexo femenino (2.94%) que en sexo masculino (0.71%), lengua protráctil por el contrario fue poco menor en el sexo femenino (34.11%) que en el sexo masculino (39.56%), la onicofagia fue similar entre niñas (17.05%) y niños (17.26%); otros hábitos fue mayor en niñas (25.29%) que niños (22.30%).

Tabla # 4

**Frecuencia de Hábitos bucales según la edad en niños y niñas de 5 a 7 años de edad en las escuelas del barrio San Judas Tadeo, en la Ciudad de Managua, Abril – Mayo 2008**

Hábito	5 años		6 años		7 Años	
	Con Hábito	%	Con Hábito	%	Con Hábito	%
Succión digital	20	25.97	25	21	18	15.92
Respiración bucal	1	1.29	3	2.52	2	1.76
Lengua protráctil	26	33.76	45	37.81	42	37.16
Onicofagia	16	20.77	24	20.16	13	11.50
Otros	14	18.18	22	18.48	38	33.62
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Succión digital fue más común a la edad de cinco años (25.97%), seguidamente a los seis años (21%) y con menor frecuencia a los siete años (15.92%); en orden decreciente la respiración bucal se identificó más comúnmente a los seis años (2.52%), siete años (1.76%) y cinco años (1.29%); lengua protráctil fue más común a los seis años (37.81%), siete años (37.16%) y cinco años (33.76%); Onicofagia fue más común a los cinco años (20.77%), seis años (20.16%) y siete años (11.50%); otros hábitos fueron más comunes a los siete años (33.62%), seis años (18.48%) y cinco años (18.18%).

## Discusión de los resultados

Los datos obtenidos en este estudio reflejan que más de la mitad (63.84%) de los escolares examinados presentan al menos un hábito bucal. Estos resultados coinciden con observaciones realizadas por Córdoba y col. Quien también encontró una alta prevalencia de escolares de 4, 8 y 12 años de edad, siendo esta de 26.4%. Alvarado y col. también observaron una alta prevalencia de niños con al menos un hábito oral en edades entre 9 y 14 años que asisten a las clínicas multidisciplinarias y de Ayapal de la UNAN - LEON, la cual fue del 32.2%.

En la literatura consultada (Ajuriaguerra) se menciona que la presencia de hábitos bucales, puede estar asociada a factores psicológicos relacionados con el funcionamiento familiar, lo cual puede influir notablemente en la aparición de los hábitos en los niños de estas edades, por las discusiones entre familiares, generalmente entre los dos padres, sobre todo cuando estos están separados, o sea cuando uno de los padres vive distante del niño, estos son criados sólo por su madre o con la sobreprotección de sus abuelos.

Sin embargo el presente estudio está en desacuerdo con los resultados obtenidos por Córdoba y col. en que el sexo que presentó mayor prevalencia fue el masculino (31.7%) ya que en este trabajo se identificó una mayor prevalencia de hábitos bucales en el sexo femenino (68.8%), lo cual puede ser debido a que en nuestra sociedad las niñas son más sobreprotegidas por los padres lo que las vuelve más vulnerables al estrés causado por el medio que las rodea en cambio a los niños no se les exigen un comportamiento tan estricto pudiendo ser un poco más independiente.

En cuanto al hábito bucal identificado más comúnmente, los resultados obtenidos revelan que el hábito de lengua protráctil tiene mayor relevancia presentándose con una frecuencia de 36.56%, esto concuerda con los estudios realizados por Alvarado y Col. quien también encontró que el hábito de lengua protráctil es el más común con una frecuencia de 17.7%, en contraposición a este estudio los resultados obtenidos por Córdoba, reflejan que el hábito más común es succión digital el cual se presentó con

una frecuencia del 19.7%; Chavarría y Mercado también demuestran en sus estudios que el hábito identificado más frecuentemente es succión digital pero lo cual puede tener su explicación en que la succión digital puede ser sustituida por la lengua protráctil conforme aumenta la edad.

Según el sexo, succión digital no presentó diferencia, en otros estudios (Alvarado) se encontró con mayor frecuencia en las mujeres pero Chavarría encontró una frecuencia mayor en el sexo masculino, al igual que Mercado encontró que en los varones se presenta con mayor frecuencia (65%).

La lengua protráctil fue más frecuente en niños (39.56%) que en las niñas (34.11%) estos datos concuerdan con los reportados por Alvarado y Chavarría quienes encontraron que este hábito se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino. Así mismo Córdoba menciona una mayor frecuencia de lengua protráctil en varones. Por el contrario Mercado encontró que dicho hábito se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino con 55%.

En este estudio el hábito de onicofagia presentó un comportamiento relativamente similar entre niñas y niños. Chavarría reportó mayor frecuencia de este hábito en el sexo masculino.

Otros hábitos fueron más comunes en el sexo femenino (25.29%) estando en desacuerdo con los resultados de Chavarría en que son más frecuentes en el sexo masculino.

En relación a la frecuencia de hábitos bucales en base a la edad, se observó que el hábito de succión digital se presentó con más frecuencia a los cinco años en un 25.97% y disminuye al avanzar la edad. Igualmente Córdoba reporta en su estudio que este hábito se presentó con mayor frecuencia en edades tempranas, con tendencia a disminuir al aumentar la edad. En desacuerdo en otros estudios se menciona que la succión digital es más frecuente a los seis años, Mercado de igual manera demostró que este hábito se presentó con mayor frecuencia a los siete y ocho años con un 34% y 39% respectivamente, sin embargo sus resultados concuerda con los reflejados en este trabajo en que el hábito se presenta con menor frecuencia en edades más avanzadas. Por otra

parte, Mendoza en una investigación realizada en León dio como resultado que la succión digita fue más frecuente en el grupo de nueve a diez años, disminuyendo a medida que avanza la edad

Con respecto al hábito de respiración bucal se encontró que no presenta marcada diferencia entre las edades, sin embargo se manifestó mayor frecuencia a los seis años, en un 2.52%, siendo menor a los cinco años. Opuesto a estos resultados Córdoba encontró que la respiración bucal fue mayor a la edad de cuatro años y que tendía a disminuir conforme progresaba la edad.

En esta investigación encontramos que el hábito de lengua protráctil fue menos frecuente a los cinco años (33.76%) y que fue mayor a los seis y siete años, es decir que este hábito presentó una tendencia de aumentar conforme aumenta la edad. Estos resultados coinciden con las observaciones reportadas por Córdoba, así mismo Alvarado encontró un 18.7% de casos de lengua protráctil en los grupos de edades entre 9 a 10 y 13 a 14 en un 18.7% y menos marcada en edades de 11 a 12 años.

En relación al hábito de Onicofagia se puede decir que su mayor frecuencia fue a los cinco y seis años en un 20.77% y 20.16% respectivamente y que disminuyó notablemente a los siete años con un 11.50%. De igual forma Chavarría soportó en su investigación resultados que demuestran una mayor frecuencia de Onicofagia a los cinco años.

Así mismo coinciden sus observaciones en que la frecuencia de otros hábitos es relativamente baja en edades tempranas nuestros resultados reflejan una menor frecuencia de otros hábitos a los cinco años con 18.18%, aumentando según aumenta la edad, y alcanzando su máxima frecuencia a los siete años con un 33.62%.

## **CONCLUSIONES**

- 1. La prevalencia de niños que presentan al menos un hábito oral es alta.**
- 2. El sexo femenino fue el que presentó mayor prevalencia de hábitos bucales.**
- 3. El hábito bucal más común en los escolares examinados fue lengua protráctil.**
- 4. La succión digital y la onicofagia no presentaron deferencia según el sexo; la respiración bucal y otros hábitos, son mayores en el sexo femenino, la lengua protráctil es mayor en el sexo masculino.**
- 5. La succión digital y la onicofagia fueron más comunes a los cinco años, la respiración bucal, la lengua protráctil y otros hábitos fueron más común a los seis años.**

## ***RECOMENDACIONES***

- ✚ Que se realicen otros trabajos de investigación, para dar seguimiento al comportamiento de los hábitos bucales presentes en estos niños, los cuales pueden ser impulsados por las autoridades del Centro escolar en coordinación con el ministerio de salud pública.
  
- ✚ Que las autoridades del centro de estudio busquen financiamiento a través de Organismos tanto Gubernamentales como No Gubernamentales para capacitar a los docentes y padres de familia en la identificación de los hábitos bucales, así como para la creación de programas de prevención en el área de malos hábitos bucales que tenga como objetivo motivar e informar a los profesores, padres e hijos sobre las causas y consecuencias que estos tienen.
  
- ✚ Que los padres de familia o tutor del niño adopten la costumbre de llevarlo a visitar al odontólogo para detectar hábitos bucales a temprana edad para evitar así trastornos posteriores.



## *Bibliografía*

1. J.R Pinkham, D.D.S., M.S. Odontología Pediátrica ,3era edición , editorial McGraww-Hill interamericana
2. Pamela Agurto V.; Rodrigo Díaz M.; Olga Cádiz D.; Fernando Bobenrieth K. 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. v.70 n.6 Santiago nov. 1999
3. Miranda Cruz Jacqueline, Villanueva Nandayapa Edgar, Sánchez Aldama Marayuli. Hábitos orales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de iztacala al diplomado de ortopedia maxilar 2003
4. V Paredes Gallardo C Paredes Cencillo. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos
5. Sidney B. Finn Odontología pediátrica, Cuarta edición capítulo 17.
6. Mayoral. Ortodoncia principios fundamentales y prácticos segunda edición 1971.
7. Flávio Vellini-Ferreira, Flavio Vellini, Augusto de Oliveira Pinto. Ortodoncia Diagnóstico y planificación clínica
8. Warren J. J. Bishara S. E., Steinbock k. L., Yonezu T, Nowak A. J.: Effects of oral habits duration on dental characteristics in primary dentition. J Am Dent Assoc 2001; 132: 1685 - 93
9. Holm A. K.: A longitudinal study of dental health in Swedish children aged 3 – 5 years. Comm Dent Oral Epidemiol 1975: 3: 228 - 336

10. Farsi N. M, Salama F. S.:Sucking habits in Saudi Childre: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. *Pediatr Dent* 1997; 19: 28 - 33
11. Cárdenas Jaramillo Darío. *Fundamentos de Odontología, Odontología pediátrica.*, Tercera edición.
12. Canut Brusola José Antonio *Ortodoncia clínica y terapéutica*, 2<sup>da</sup> Edición, Publicado por Elsevier España, 2000.
13. Varios, Juan R. Boj. *Odontopediatria* Publicado por Elsevier España, 2004.
14. Ajuriaguerra, Julian de, *Manual de Psiquiatría infantil*. Publicado por Elsevier España 1997
15. ATE Cuidador de la Junta de Extremadura, *Personal laboral, Temario específico*. Pág. 408
16. Chavarria Delgado Mayra Cecilia, Jirón Muñoz Esther, Merlo Mario. *Hábitos bucales más frecuentes en niños y niñas de 3 a 6 años de edad, en los Centros de Desarrollo Infantil*, León 1998.
17. Alvarado Mercado Consuelo José, Estrada Ordoñez Marjorie Javana *Hábitos orales y su relación con la mala oclusión en niños de 9-14 años que asisten a las clínicas multidisciplinarias y Ayapal de la UNAN, León en el periodo de Marzo-Septiembre León 1999.*
18. Córdoba Núñez Fátima Lorena, Hernández Areas Kenia Patricia *Prevalencia de los hábitos bucales deformantes en escolares de 4, 8 y 12 años del area urbana del Municipio de Telica, León en el período comprendido de Abril a Mayo del 2002.*
19. Mendoza Medal Valentina, Noguera Guevara Francisco, Sediles herrera Gloria, Reyes José. *Prevalencia de succión digital del pulgar y grado de severidad en las alteraciones bucales en niños de 4 – 10 años, León 1993.*

20. <http://es.wikipedia.org>

21. André Berge, Dolores Blasco, Las dificultades de vuestros hijos, 1979.

22. Mercado Baltodano Henry, González Morales Donald, Jiménez Bermúdez Horacio. Frecuencia de algunos hábitos orales y su relación con algunas maloclusiones, en niños escolares de la ciudad de Diriamba – Carazo, 1998.

# Anexos

# Ficha sobre malos hábitos orales de escolares del barrio San

## Judas Tadeo.

Número de ficha.....

Nombre del niño .....

Edad.....

Sexo F..... M.....

Colegio .....

Grado .....

### Hábitos orales que presentes:

Succión digital

Respiración bucal

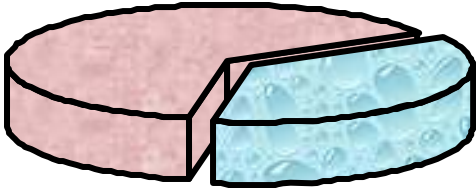
Lengua protráctil

Onicofagia

Otros

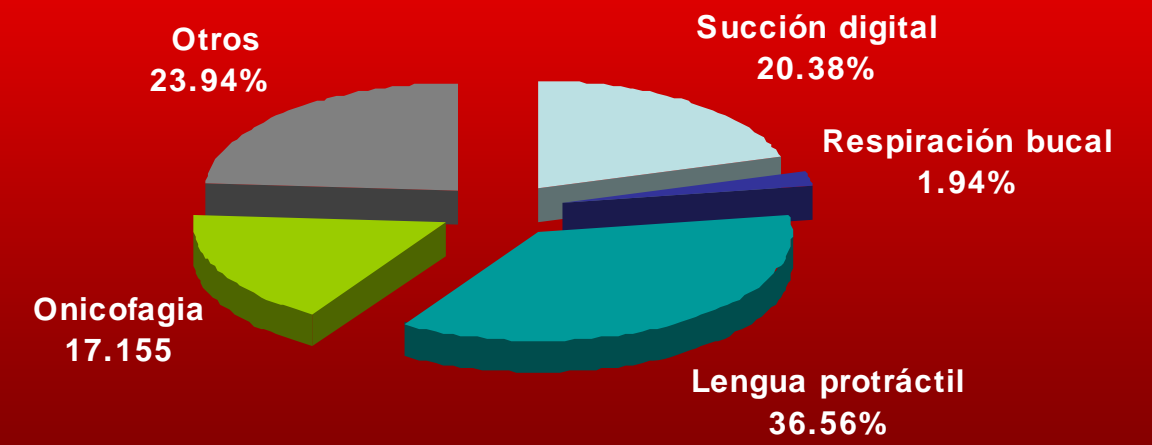
Prevalencia de niños y niñas de 5 a 7 años de edad que presentan al menos un hábito bucal, en las escuelas delbarrio San Judas Tadeo, en la ciudad de Managua, Abril - Mayo 2008

Niños con  
hábitos, 219,  
64%

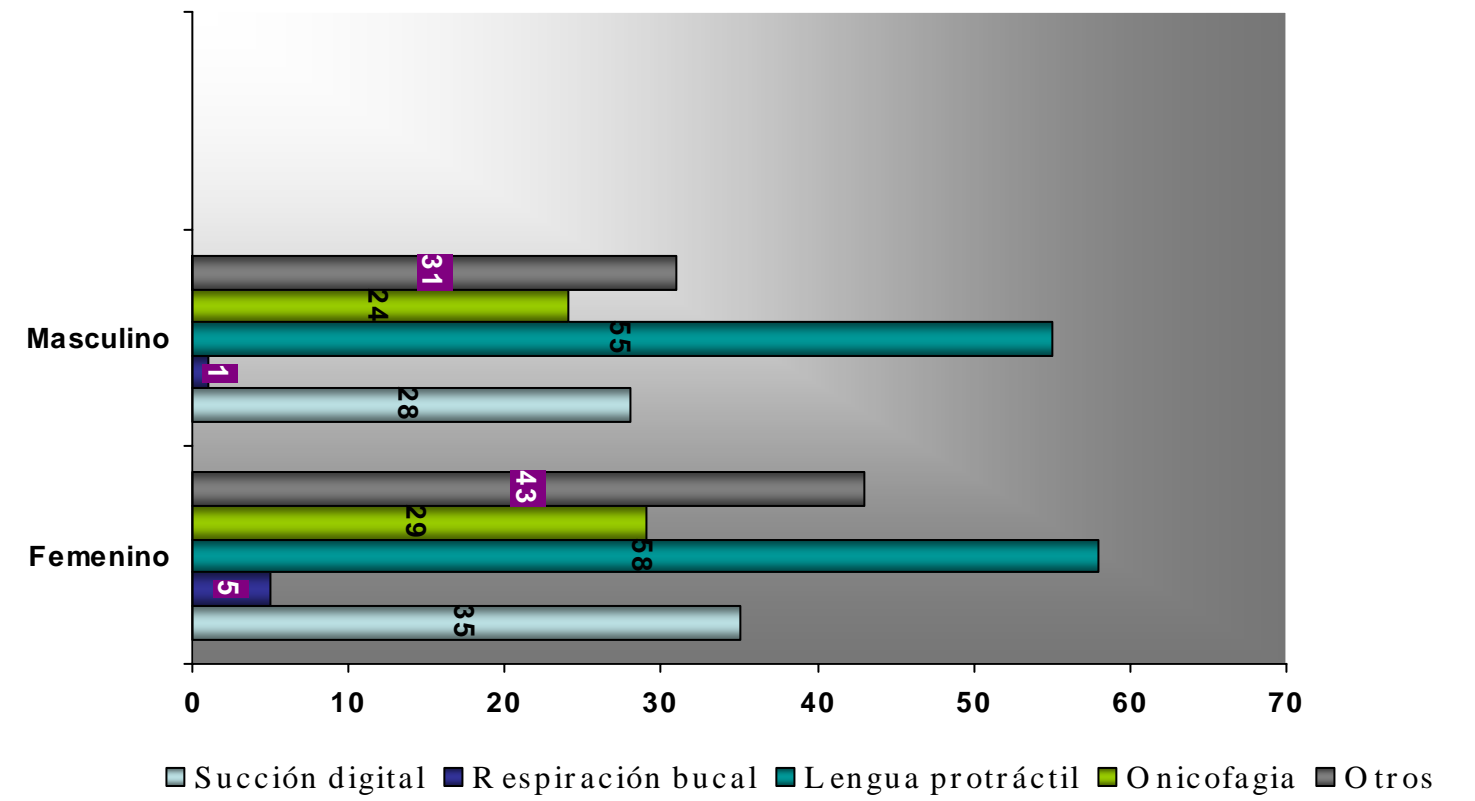


Niño sin  
hábito, 124,  
36%

Frecuencia de hábitos bucales en niños y niñas de 5 a 7 años de edad en las escuelas del barrio San Judas Tadeo, en la ciudad de Managua, Abril - Mayo 2008



Frecuencia de hábitos bucales según el sexo en niños y niñas de 5 a 7 años de edad en las escuelas del barrio San Judas tadeo, en la ciudad de Managua, Abril - Mayo 2008





Frecuencia de hábitos bucales según la edad en niños y niñas de 5 a 7 años de edad en las escuelas del barrio San Judas Tadeo, en la ciudad de Managua, Abril - Mayo 2008

