

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN - LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD
EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL ARCOÍRIS DE CRISTAL
DE LA CIUDAD DE LEÓN-NICARAGUA, DE ENERO A JUNIO. DEL AÑO 2011.

Autora: Cecilia Valeska Altamirano Valverde.

Tutor: Dr. Jorge Antonio Cerrato.

León, Mayo 2011.

"A la libertad por la universidad"



AGRADECIMIENTO.

Agradezco primeramente a Dios por todo lo que me ha dado a lo largo de la vida, por estar presente sabiamente en todas las situaciones que sin él no hubiera superado, por estar presente en el corazón de todas aquellas personas que me han brindado una mano amiga, creyendo en mí, aun cuando yo misma no lo hacía.

A mi madre, que con sus deseos y esfuerzos llenos de amor, creo en mí, el interés de superarme y querer recompensar su empeño de verme realizada.

A mis maestros por transmitirme sus conocimientos y consejos para formarme no solo como profesional sino también como una persona de bien y para el bien.

A mi tutor por su amabilidad, comprensión y paciencia que me confirió en la realización de esta monografía.

A los niños y sus superiores en el centro Arcoíris de Cristal por permitirme realizar mi investigación.

DEDICATORIA

Dedicada a Dios padre, porque sin él, la meta que he alcanzado no sería posible.

A mi madre que en todo momento me apoyo y se sacrificó para pudiera culminar mi carrera con éxito.

Al ser que se hizo presente en mí a lo largo de mi preparación profesional, el que me inspiró y dio fuerzas para elegir y terminar mis estudios, él, el más importante de mi vida.

ÍNDICE

Resumen.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	4
General.....	4
Específicos.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
HÁBITO.....	6
Hábitos Fisiológicos:.....	6
Hábitos Sociales:.....	6
Hábitos Orales:.....	6
HÁBITOS BUCALES.....	7
Tipos de hábitos: (7).....	7
No compulsivos:.....	7
Compulsivos:.....	7
SUCCIÓN DIGITAL:.....	8
Reflejo de Succión.....	8
Definición de succión digital.....	9
Efectos o alteraciones más comunes de la succión digital. (6).....	10
EMPUJE O LENGUA PROTRÁCTIL.....	13
Características clínicas.....	15
Efectos bucales de la deglución atípica.....	15
Alteraciones relacionadas al hábito. (7).....	16
RESPIRADOR BUCAL. (7).....	17
Etiología.....	17
Características clínicas del respirador bucal.....	18
Alteraciones relacionadas al hábito.....	19
ONICOFAGIA.....	20
SUCCIÓN LABIAL (QUEILOFAGIA).....	21
Alteraciones asociadas al hábito.....	21

BRUXISMO. (10)	22
OCCLUSIÓN. (8) (9)	23
MALA OCCLUSIÓN. (9)(10)	24
DISEÑO METODOLÓGICO.	26
TIPO DE ESTUDIO.	26
ÁREA DE ESTUDIO.	26
UNIVERSO DE ESTUDIO	26
MUESTRA.	26
INSTRUMENTO Y MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
Ficha de recolección de datos:.....	29
Examen extra oral:.....	29
Examen intraoral:.....	29
Criterios de inclusión.....	30
Instrumentos y materiales.....	30
Recurso humano y material de trabajo:	30
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	31
Plan de tabulación y análisis.	34
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	38
CONCLUSIONES.	40
RECOMENDACIONES.	41
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.	44



RESUMEN

Los hábitos orales son la costumbre o práctica adquirida por repetición frecuente de un mismo acto, que en principio es consiente y luego inconsciente. Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo orofacial, además de generar problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas (respiratorio, digestivo) y de aprendizaje.

La alta prevalencia de hábitos bucales son condiciones que pueden iniciar, predisponer o agravar la maloclusión dentaria aunque no necesariamente estos sean el factor etiológico principal para su aparición; de aquí la importancia de realizar este tipo de investigaciones útiles en el área de la Odontología.

Por tal circunstancia se planteó indagar sobre los hábitos bucales en niños de 2 a 6 años de edad en el Centro de Desarrollo Infantil Arcoíris de Cristal de la ciudad de León-Nicaragua, de enero a junio del año 2011; esto a través de un estudio descriptivo de corte transversal.

El estudio se llevó a cabo en dicho centro tomando una muestra a conveniencia de 73 niños de ambos géneros. La información fue alcanzada por medio de un examen clínico aplicado al infante y un interrogatorio al maestro a cargo de ellos.

La prevalencia de pacientes con hábitos bucales fue de un 69.9% siendo el sexo masculino el más afectado. El hábito bucal encontrado en primer lugar fue la Onicofagia acentuándose más a los 4 años de edad. En relación a las alteraciones oclusales la de mayor realce fue la bóveda palatina profunda.



INTRODUCCIÓN.

En la odontología existen una gran variedad de problemas de salud oral, enfocando el mayor esfuerzo en los métodos curativos sin darle la debida importancia a la prevención de dichos problemas, esto sucede por desconocimiento de los padres de familia o descuido de los mismos ante los hijos en lo que es la salud bucal, no tomando en cuenta que los problemas orales en edades tempranas pueden volverse complejos al llegar a la adultez y requerirse muchos más recursos de los que se necesitarían si estos se vieran a tiempo.

Los hábitos bucales son un ejemplo claro de esos problemas, que muchas veces no son detectados a tiempo. Al inicio del siglo XIX surge el interés por los hábitos bucales lo que llama la atención a los dentistas y especialistas de esta época afirmando que dichos hábitos provocaban deformidades dentofaciales, alteraciones en la masticación y fisionomía del niño.

En los hábitos bucales el cuidado de los padres y el tipo de conocimiento que les inculcan a los hijos sobre este aspecto son muy determinantes así como el grado de captación que tenga el niño.

Estudios realizados en León 1985 por García, Rivas y colaboradores que el hábito de succión es el más frecuente en edades de 5 a 6 años siendo el más afectado el sexo femenino. En 1988 Centeno realizo un estudio en la ciudad de León donde el hábito de succión representaba el 83% sin diferencia de sexo.

En el estudio expuesto por Guzmán y colaboradores en 1992, se encontró que el hábito más usual fue lengua protráctil con un 43.6%, y el menos frecuente fue succión labial con un 2.8%, siendo el sexo más afectado el femenino.

Por ser la salud un aspecto muy importante en la sociedad y siendo la población infantil una gran parte de la población nicaragüense, se necesitan estudios dirigidos a estos, tomando en este caso el tema de hábitos bucales perteneciente a la salud oral y no obstante a la general.



En base a lo anteriormente planteado, es que el presente estudio, trata de determinar ¿Cuál es la frecuencia de hábitos bucales en niños de 0 a 6 años de edad del Centro de Desarrollo Infantil Arcoíris de Cristal, de la ciudad de León en el 2011?

Es necesario el desarrollo de estudios como este, para que sus resultados sirvan como indicadores de problemas reales en nuestro país y se puedan crear alternativas de solución, aplicando la prevención y reduciendo el uso de métodos curativos en niños con la presencia o predisposición a tales hábitos.



OBJETIVOS.

General.

Determinar la frecuencia de los hábitos bucales en los niños de 2 a 6 años de edad del Centro de Desarrollo Infantil Arcoíris de Cristal de la ciudad de León (Aldea S.O.S.), de enero a mayo del año 2011.

Específicos.

- Conocer el nivel de frecuencia con que se presenta cada hábito bucal, en niños de 2 a 6 años según edad y sexo.
- Obtener la prevalencia de hábitos bucales en niños de 2 a 6 años según la edad y el sexo.
- Determinar las alteraciones de la oclusión según el hábito bucal.



MARCO TEÓRICO.

Durante años los Odontólogos han atendido los hábitos bucales en niños, los cuales se asocian con la aparición de deformidades dentofaciales, como posibles consecuencias de presiones desequilibradas y dañinas ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, característicos en la etapa infantil, ocasionando así cambios potenciales en la ubicación de las piezas dentales, al intentar entrar en oclusión, volviéndose normales de continuar dichos hábitos a lo largo del tiempo.

Este tipo de problemas no solo es importante para el Odontólogo, sino también para el pediatra, el psicólogo, el patólogo especialista en problemas de lenguaje y claro está, para los padres del niño, quienes suelen preocuparse por el aspecto del niño ante la sociedad.

Los hábitos bucales, son patrones neuromusculares de naturaleza muy compleja, son costumbres o prácticas que se adquieren de un acto y la repetición frecuente del mismo, los cuales son inicialmente voluntarios, convirtiéndose posteriormente en involuntarios cuando estos se arraigan. Cuando el hábito bucal persiste la anomalía se vuelve severa.

Los hábitos bucales que interfieren con el patrón regular del crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados o beneficiosos.

Los hábitos perjudiciales o deletéreos pueden deformar la boca y la cara del niño, dependiendo del trío de factores que modifican el hábito, tales como: duración, frecuencia e intensidad; estas varían en cada niño, lo que nos permite medir la intensidad del problema según Finn. (7).

Los hábitos no perjudiciales, son los que ayudan al desarrollo del esqueleto y los músculos orales, tales como: posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada.



HÁBITO.

Es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.

Los hábitos se clasifican en tres tipos:

Hábitos Fisiológicos:

Son acciones mecánicas que consisten en las veces que el individuo satisface su organismo ante estímulos como: hambre, sed, micción, sueño etc.

Hábitos Sociales:

Modos de conducta e interrelaciones con las personas, esto crea normas en las comunidades que permiten los patrones culturales de los mismos.

Hábitos Orales:

Es el conjunto de técnicas que determinan las pautas generales que deben seguirse para comunicarse con efectividad, se debe tener en cuenta que la expresión oral en determinadas circunstancias, es más amplia que el habla y esta abarca también varios elementos no verbales. Se consideran como vías de descarga emocionales y de equilibrio de estados de ansiedad.

Entre los hábitos orales, se encuentran los hábitos bucales que consisten en un acto repetitivo consciente o inconsciente, en el cual se involucran estructuras bucales con peligro potencial o franco de alteración.



HÁBITOS BUCALES.

“Son prácticas adquiridas por repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio es consciente y luego inconsciente.” Los hábitos forman parte de los procesos normales de adaptación del ser humano a su medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y placer.

Tipos de hábitos: (7)

No compulsivos:

Son los hábitos que se adoptan y se abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño. De estas situaciones generalmente no resultan reacciones anormales.

Compulsivos:

El compulsivo es el hábito que ha adquirido fijación, según el grado de amenaza que siente el niño a su seguridad, como reacción a los eventos que ocurren a su alrededor, y es más difícil de controlar cuando se trata de corregir.

La práctica de estos hábitos compulsivos, pueden producir interferencias en el crecimiento y el desarrollo normal del aparato estomatognático y como consecuencia de ello, anomalías del aparato masticatorio tanto morfológicos como funcionales.

Los hábitos de tipo compulsivo se ven afectados directamente de las siguientes características:

Intensidad: es el grado de fuerza con que se manifiesta una magnitud física.

Duración: tiempo que transcurre entre el comienzo y el fin de un proceso.

Frecuencia: es el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno periódico.



SUCCIÓN DIGITAL:

Reflejo de Succión.

Engel afirma que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto, al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de succión, evidentemente este patrón responde a una necesidad, así el pulgar mantenido en la boca se vuelve sustituto de la madre al no estar disponible para alimentarlo, satisfaciendo la necesidad de tener algo en la boca y también la de asirse de algo.

Algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de independencia o separación de la madre.

Se realizaron estudios en los cuales se determinó, la frecuencia real de succión del pulgar y de otros dedos en una sección transversal de pacientes, observados en un consultorio pediátrico, examinando a 2,650 lactantes y niños en edades comprendidas entre el nacimiento y los 16 años, se observó que 46 de ellos succionan sus pulgares en alguna etapa de este periodo; de estos el 25% comenzaron durante su primer año de vida, la mayoría habían abandonado el hábito a los 4 años de edad, sin embargo algunos mantuvieron el hábito hasta edades avanzadas de 12 y 15 años.

En un estudio en serie, conducido por Rakosi, según Graber, muestra que de 693 niños considerados como succionadores del pulgar, 60% de ellos habían abandonado el hábito después de un tiempo menor de 2 años. La mayoría de este grupo presentaba oclusión normal.

De los 413 niños de este mismo grupo que presentaban algún tipo de mal oclusión, se encontró que habían continuado su hábito de succión de pulgar u otro dedo por más de 4 años. (8)



Definición de succión digital.

Consiste en la introducción de uno o más dedos de la mano del niño en la cavidad oral, generalmente lo hace con la yema o pulpejo del dedo, apoyado sobre la bóveda palatina del proceso alveolar e incisivos superiores repetidas veces.(6)



La succión digital responde a una necesidad, ya sea para aliviar las frustraciones de hambre o de otro malestar, el niño recién nacido tiene mecanismos de succión relativos bien desarrollados, ese es su medio más importante de intercambio con el medio exterior.

La succión digital presenta mucha frecuencia a la edad de los 3 y 4 años y a esta edad la mayoría de los niños, encuentran en este hábito el confort que le brindaba la lactancia materna y el afecto materno perdido; o como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad de ser de llamarla atención, razón por la que si este hábito no es tratado de corregir a tiempo, éste, va a continuarse en los siguientes años. (5)(7).



Se ha demostrado que el niño desde la vida intrauterina tiene el reflejo de succión, lo mantiene durante el primer año de vida, desapareciendo espontáneamente al final del segundo año y es hasta después de los 4 años de mantener el hábito, que debe considerarse perjudicial.

Estudios más recientes sobre succión digital, demuestran que es un hábito muy común entre los niños, practicado por casi el 50% de estos en el primer año de edad; a los 6 años solamente el 15% aún tendrán el hábito, hacia los 9-14 años persiste menos del 5%.

El pulgar mantiene ambas arcadas separadas y la lengua por su dorso se mantiene en contacto presionándolo durante el acto de succión. La mano del niño a la cual pertenece el pulgar en succión, se apoya sobre la mandíbula en sentido posterior.

Los tipos de cambios dentales que puede ocasionar el hábito, varían según la intensidad, duración y frecuencia de este, así como en la manera en que se coloca el dedo en la boca.

Según algunos psicólogos, este hábito es originado por numerosas causas tales como: hambre, tensiones o conflictos emocionales, inseguridad, falta de calor materno, celos, deseos de llamar la atención, prolongación de lactancia, Inducción de los padres (pretenden que el niño se tranquilice y no los moleste), entre otros.

Efectos o alteraciones más comunes de la succión digital. (6)

Los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos varían, generalmente se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de las piezas permanentes anteriores, no existe gran posibilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las mismas, pero si el hábito persiste durante el periodo de dentadura mixta (de los 6 a 12 años), pueden producirse deformaciones.

Efectos sobre el maxilar superior.

- Inclinación incisivos superiores
- Aumento de longitud de arco superior.
- Aumento de corona clínica de Incisivos.
- Disminución de amplitud palatina.
- Reabsorción radicular atípica de incisivos deciduos.
- Aumento en la frecuencia de traumas en incisivos superiores.



Efectos sobre Mandíbula.

- Inclinación lingual de incisivos inferiores.
- Aumento distancia intermolar.

Efectos sobre las relaciones de los arcos.

- Aumento del overjet.
- Disminución del overbite.
- Aumento en mordida cruzada posterior.
- Aumento en mal oclusión clase II.

Efectos sobre función y posición del labio.

- Aumento de incompetencia labial.
- Aumento de función del labio inferior por detrás de incisivos superiores.

Otros efectos.

- Riesgo de salud psicológica.
- Deformación de los dedos.
- Defectos de lenguaje.

La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de las características del hábito antes mencionadas.

Debe recalcar que el desplazamiento de las piezas o la inhibición de la erupción normal, puede provenir de dos fuentes:

1. De la posición del dedo en la boca.
2. De la acción de succión y palanca que ejerza el niño sobre las piezas y alveolos.

La presión del pulgar sobre la bóveda palatina y el proceso alveolar en las caras palatinas de los incisivos superiores, provoca una profundización de la bóveda palatina y protrusión dentoalveolar superior. La prominencia resultante de los incisivos permanentes superiores, los vuelve particularmente vulnerables a fracturas accidentales.



Al mantener separadas las arcadas dentarias por el dedo y apoyarse este en el borde incisal de las piezas antero inferiores, se produce mordida abierta anterior, esta a su vez puede provocar problemas de empujes linguales y dificultades del lenguaje. Puede haber un selle labial al deglutir inverso a lo normal.

La presión del pulgar y la mano en sentido posterior sobre las caras labiales de los incisivos inferiores y la mandíbula producirán una inclinación lingual de las piezas y retracción mandibular.

Cuando se realiza la succión se produce una presión negativa dentro de la boca, que permite la acción del musculo buccinador, sobre los segmentos laterales de la arcada dentaria superior, que al no tener soporte de la lengua en la cara palatina de la arcada por mantenerse separada de la misma, producen un estrechamiento de dicha arcada y por ende una mordida cruzada posterior bilateral. El labio superior se vuelve incompetente y el inferior hiperactivo al tener que elevarse durante la deglución para obliterar el espacio entre los incisivos.

Algunas malas oclusiones producidas por este hábito pueden autocorregirse cuando existe un buen patrón esquelético y el hábito no ha persistido por mucho tiempo, en otros casos menos favorables, al corregirse o suprimirse el hábito queda algunas secuelas.

En estudios realizados por Venezuela Betanco, en Sébaco- Matagalpa, Nic, encontraron que el hábito de mayor frecuencia en esta zona del país, es la succión digital en un 62% en los niños y 38% en las niñas. (18)

Córdoba Núñez y asociados en el municipio de Telica, mostraron que el 19% presentaron el hábito de succión con mayor frecuencia; en el 2005 otro estudio realizado por Castillo Sacaza y colaboradores en la ciudad de León, indicó que este hábito representaba un 43%.(17) (19)



EMPUJE O LENGUA PROTRÁCTIL.

La lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la pronunciación correcta del lenguaje, por tanto su tamaño y posición en reposo y función son muy importantes para dichos propósitos.

El empuje lingual es la acción de proyectar o empujar la lengua hacia delante, que se produce en el momento de realizar la deglución. Según Moyers, la retención prolongada de la deglución infantil ovisceal, es una de las principales causas de lengua protráctil.(10)

En el empuje lingual se produce contracción de los labios, el musculo mentoniano y los elevadores mandibulares, a la vez que la lengua empuja y proyecta en el espacio de una mordida abierta anterior.

No se ha comprobado si la presión lingual produce mordida abierta o si esta permite al niño empujar hacia adelante, en el espacio existente entre incisivos superiores e inferiores.

El empuje lingual a menudo es adoptado posteriormente que el niño abandona el hábito de la succión digital, también se presenta por amígdalas hipertróficas o hipersensitivas. Cuando el niño traga normalmente, sus dientes entran en contacto, los labios se sellan y la lengua se mantiene en la parte posterior de los dientes antero-superiores, limitada en sus costados por los dientes posteriores en oclusión, mientras que en la deglución anormal no hay contacto oclusal, la punta de la lengua se coloca entre los incisivos superiores e inferiores y los bordes laterales entre las superficies oclusales de los premolares y molares.

Existen muchas pruebas que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo o acto infantil de mamar. Con la erupción de los incisivos a los 5 o 6 meses de edad la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior, la fuerza deformante de la lengua al proyectarse hacia adelante es obvia. (6)



Durante la vida existiendo patrones de deglución, relacionados con el tipo de alimentación, que determinan la posición lingual de deglución.

El patrón de deglución infantil: que se presenta desde el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, período durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior.

El patrón de deglución adulta: que aparece con la erupción de los primeros dientes temporales (aproximadamente a los 8 meses de edad), en la lengua irá adoptando en forma paulatina una nueva posición en la boca, contenida en la cavidad oral, la cual se mantendrá durante el resto de la vida.

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

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

Un tipo de posición lingual se da en la fonación, en la que, para poder pronunciar en forma correcta, la lengua debe colocarse por detrás de los dientes superiores, pero en el niño con deglución infantil, se produce una interposición de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores.

Esta interposición se presenta especialmente en la emisión de los fonemas D, T y S, donde se observa que el niño coloca la lengua entre los dientes, lo cual es incorrecto y da a la pronunciación un tono infantil. Se considera normal, que durante los años en que el niño comienza a hablar, interponga la lengua, lo cual se corregirá solo a medida que aprenda a colocarla bien y a lograr mejor control de los movimientos finos de esta. (7)



En el año 2007, Bonilla Peña y colaboradores en el municipio de Muelle de los Bueyes, encontraron que el hábito de mayor frecuencia fue lengua protráctil con un 100% en ambos sexos. (12)

Características clínicas.

- El empuje lingual mantiene una mordida abierta anterior que generalmente creó la succión digital.
- Movimiento de la cabeza al deglutir como compensación de la elevación del hueso hioides.
- Alteraciones de los fonemas, siendo los más afectados: L, N, T, D, S, Z.
- Aumento del volumen de la lengua, es importante observar la posición de la misma cuando está en reposo.
- Aumento de salivación y acumulo de saliva en los cantos de la boca.

Efectos bucales de la deglución atípica.

- Mordida abierta anterior simétrica.
- Protrusión de dientes anterosuperiores y aparición de diastemas.
- Labio superior hipotónico e inferior hipertónico.
- Hipertonicidad de la borla de mentón.
- Hiperactividad de los músculos de la masticación.
- Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar.
- Incompetencia labial.
- Problemas fonéticos. (20)



Alteraciones relacionadas al hábito. (7)

Se considera que la interposición lingual constituye un patrón deformante, por ende una deglución anormal, que condicionan el equilibrio de los músculos orofaciales y problemas de la oclusión. En algunos casos se encuentra aumentada la sobremordida horizontal y la mordida abierta.

Al igual que la succión digital, el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos antero-superiores y la formación de mordida abierta.

En 1993 en las clínicas de Ayapal de la ciudad de León, Urcuyo Zapata Dilcia y colaboradores, encontraron que el hábito más frecuente fue lengua protráctil en niños de 7 años del sexo masculino.



RESPIRADOR BUCAL.(7)

La respiración bucal constituye un síndrome típico, que se observa en los pacientes que tienen interferencias de la función respiratoria normal, en las vías aéreas nasales, como consecuencias de enfermedades generales y locales. Es poco frecuente en los niños.

Etiología.

Entre los factores etiológicos que favorecen la instauración de este hábito podemos nombrar:

- La alimentación artificial por medio del biberón.
- Amígdalas inflamadas: amigdalitis constantes hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor, otro caso por obstrucción, son aquellos pacientes que presentan resistencia incrementada u obstrucción compleja del flujo normal del aire a través del conducto nasal. Puede ser por enfermedades generales y locales o por un proceso inflamatorio crónico, adenoides, asma, desviación del tabique nasal, cornetes agrandados, congestión de la mucosa naso-faríngea, entre otras.
- Desequilibrio del control nervioso: por lo general en niños, que por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora, en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.(20)
- Por hábito: es el que lo hace por costumbre y puede ser adoptado posiblemente al ser eliminado el obstructor nasal.
- Por anatomía: es cuando el labio superior es corto y no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos, por lo que se ve obligado a respirar por la boca.
- Temporarias: en el caso de resfriados.
- Estacional: asociada a alergias
- Crónicas: en pacientes con obstrucciones adenoideas.



Cuando el paciente respira por la boca, el paladar blando se eleva y hace contacto con la pared posterior de la faringe produciendo un cierre naso-faríngeo, la mandíbula cae para proporcionar una vía bucal de aire mayor, la lengua desciende y deja de estar en contacto con el paladar a la vez que es protruida.

Características clínicas del respirador bucal.

Facies adenoidea o Síndrome de la Cara Larga, que se caracteriza por:

- Cara larga (mayor altura del tercio inferior de la cara)
- Ojeras
- Depresión malar
- Tercio inferior aumentado
- Resequedad e incompetencia labial
- Un paladar ojival ya sea en forma de V o U.
- Mordida abierta anterior
- Mordida cruzada posterior
- Colapso del maxilar superior.
- Gingivitis
- Elevación de la base de la nariz (que presentara su punta elevada, permitiendo una observación frontal de las narinas, que serán estrechas)
- Maxilar superior protruído.
- Labio superior corto y con marcada astenia por atrofia del músculo orbicular del labio.
- Vestibularización de los incisivos superiores, gran resalte.
- Retrusión maxilar,
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Lengua en posición atípica, ubicándose en el piso de la cavidad bucal o entre los dientes.
- Déficit de neumatización de los senos.
- Modificación de la posición de la cabeza.
- Predisposición a una pronunciación mala (ceceo debido a una protrusión lingual).
- Perfil convexo. (20)



Alteraciones relacionadas al hábito.

No se ha demostrado que la respiración bucal cause mal oclusión, no obstante es común encontrarla en este tipo de pacientes, por lo cual algunos autores intentan dar una explicación a este fenómeno.



ONICOFAGIA.

Es el hábito de morderse las uñas. También conocido como hiperactividad del músculo mentalis. (6) Algunos consideran que dicho hábito se manifiesta debido a un aumento de la tensión emocional, y se presenta frecuentemente después de la edad de succión digital.



Este hábito no produce alteraciones oclusales, debido a que las fuerzas o tensiones aplicadas al morderse las uñas son similares a las del proceso de masticación.

En algunos casos pueden ocasionar atrición en las piezas anteriores por la portación en las uñas de sustancias contaminantes.

La onicofagia puede ser un hábito pasajero o mantenerse hasta pasada la adolescencia e incluso a la edad adulta. Es raro que se produzcan lesiones que hagan sangrar las uñas, pero sí puede hacer que estas no desarrollen con su natural evolución. (11)

Cuando el niño crece y se convierte en adulto otros objetos sustituyen a los dedos, ejemplo, gomas de mascar, palillos, cigarrillos, lápices, goma de borrar etc.

En el estudio realizado por Lozano, Centeno y colaboradores en 1991 en León, encontraron que los hábitos más frecuentes en los niños de 2 a 6 años fue la onicofagia y el género más afectado fue el femenino.



SUCCIÓN LABIAL (QUEILOFAGIA)

El hábito de lamerse y de retraer los labios causa efectos relativamente benignos en lo referente a los efectos dentales, mientras que los signos más evidentes son: enrojecimiento, inflamación y resequedad de los labios y tejidos peri bucales durante épocas de frío.



Aunque la mayor parte de estos hábitos no producen problemas dentales, es obvio que la succión y mordedura de los labios, sobre todo si el niño lo realiza con suficiente intensidad, frecuencia y duración, puede hacer que persista una mal oclusión.

La presentación más frecuente de retracción labial, es la del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, por lo cual, se aplica una fuerza en dirección lingual sobre los dientes inferiores y otro es sentido vestibular sobre los superiores.(6)

Alteraciones asociadas al hábito.

Inclinación vestibular de los dientes superiores y retro inclinación de los incisivos inferiores, así como mayor grado de sobre mordida horizontal. (7)



BRUXISMO.(10)

El bruxismo o rechinar de los dientes ocurre a menudo mientras el niño duerme, aunque se observa en algunos niños durante el día. La mayor parte de la población infantil rechina los dientes lo cual desgasta los caninos y molares primarios.



La hipersensibilidad de la musculatura masticatoria y el dolor de la ATM, también se han atribuido al bruxismo.

Se desconoce la causa exacta del bruxismo intenso, aunque la mayor parte de las explicaciones se centra en torno a motivos locales, sistémicos y psicológicos. La teoría local sugiere que el bruxismo es una reacción a la interferencia oclusal, una reacción elevada o un factor irritante.

Los factores sistémicos incluyen parásitos intestinales, deficiencia nutricional, alergias y trastornos endocrinos.

La teoría psicológica sostiene que el bruxismo es la manifestación de un trastorno de la personalidad o de estrés elevado. Los dientes en la mayoría de los casos, dan muestra del hábito en forma de corona de los molares aplanados y desgaste linguales de los dientes antero-superiores.



OCCLUSIÓN. (8) (9)

La palabra oclusión, se define como la posición en la que recíprocamente quedan los dientes de un maxilar respecto al otro, cuando estos entran en contacto, desarrollando su mayor fuerza, ejerciendo la precisión sobre los molares y quedando en su posición normal los cóndilos del maxilar inferior.

Por consiguiente el termino oclusión caracteriza únicamente un estado, no de reposo o estático, sino uno dinámico.

Strang describió 5 características que debe tener una oclusión normal:

- La oclusión dentaria normal, es un complejo estructural compuesto de dientes, membrana periodontal, hueso alveolar, hueso basal y músculos.
- Los llamados planos inclinados, que forman las caras oclusales de las cúspides y bordes incisales de todos y cada uno de los dientes, deben guardar una relación recíproca definitiva.
- Cada uno de los dientes considerados como individuales y como un solo bloque (la arcada dentaria inferior y superior) deben exhibir una posición correcta en equilibrio con las bases óseas sobre las que están implantadas y con el resto de las estructuras craneofaciales.
- Las relaciones proximales de cada uno de los dientes, son sus vecinos y sus inclinaciones axiales deben ser correctas para que podamos hablar de oclusión normal.
- Un crecimiento y desarrollo favorable del macizo óseo-facial, dentro de una localización en armonía con el resto de las estructuras craneales, son condiciones esenciales para que el aparato masticatorio exhiba una oclusión dentaria normal.
- En la oclusión normal los dientes superiores ocluyen por fuera de los inferiores tanto en anterior como en posterior.
- Según Mayoral, se caracteriza por las siguientes variantes; que cada diente superior excepto el último molar, ocluyen con los dientes inferiores, (su antagonista y el que sigue a partir de la línea media del arco), esto haciendo un examen en posición mesio-distal de los dientes, es decir, que la cúspide del canino superior ocluye con el ángulo que forma el canino y el primer bicúspide inferior. La cúspide anterior del primer molar superior, encaje con el surco que separa las cúspides anterior y posterior del primer molar inferior.
- Además de la armonía dentaria, debe existir armonía con los tejidos de revestimiento, musculatura, curva de spik, distancia interoclusal y morfología de la ATM.



MALA OCLUSIÓN. (9)(10)

Son deformaciones dentoalveolares, las cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea, que va a tener mayor o menor repercusión según la edad del niño.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con Hábitos bucales, aunque no son estos un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos presenta maloclusiones.

Los hábitos encontrados con más frecuencia fueron: la deglución atípica y la respiración bucal seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital.

El grado de las alteraciones producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, como así también de las características biotipológicas del paciente.

Mayoral define la mal oclusión como todas aquellas desviaciones en el desarrollo normal de la oclusión, la mala oclusión se refiere también a una oclusión inestable, producida por el desequilibrio opuesto a la masticación, bruxismo, la lengua, los labios, etc.

Graber considera que existe una mala oclusión dentaria, cuando los dientes individuales en uno o ambos maxilares se encuentran en relación anormal entre sí.

Esta afección puede estar limitada a un par de dientes o afectar a la mayor parte de los dientes existentes. Una mala oclusión se da cuando falta espacio para acomodar todos los dientes.

Las malas oclusiones o anomalías de la oclusión son las anomalías de espacio. En la mala oclusión en dirección mesio- distal el diente o los dientes del arco anómalo estarán más cerca o más lejos de la línea media del arco.



En la mala oclusión en sentido vestibulolingual, la relación de las caras vestibulares de los dientes superiores están por dentro de las caras vestibulares de los dientes inferiores (linguooclusión o vestibuloversion). Las malas oclusiones en sentido vertical consisten en que uno o varios dientes pasan la línea media de la oclusión o no llegan a ella.

Las anomalías de la oclusión no son una entidad, sino que son resultado de las irregularidades de las partes blandas del aparato bucal así como también de los maxilares, los dientes y la ATM, que necesariamente altera la situación recíproca normal de los dientes cuando se ponen en máximo contacto.

En el periodo en que se da la aparición de los dientes y en el momento que alcanzan su posición definitiva en los arcos, los dientes permanentes están sujetos a una variedad de factores; entre los más comunes y relacionados a estos estudios tenemos: la presión por los músculos mediante hábitos perniciosos; pero quizás el más importante de estos factores sea la pérdida de espacio en la arcada como consecuencia de caries proximales o extracciones prematuras de los dientes primarios.



DISEÑO METODOLÓGICO.

TIPO DE ESTUDIO.

De tipo observacional, descriptivo y de corte transversal.

ÁREA DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en el Centro de Desarrollo Infantil Arcoíris de Cristal, ubicado en la ciudad de León de la región occidental de Nicaragua, de enero a junio del año 2011.

UNIVERSO DE ESTUDIO.

Constó de 95 infantes con edades comprendidas entre 2 y 6 años cumplidos, matriculados en el Centro de Desarrollo Infantil Arcoíris de Cristal (Aldeas S. O. S.), en el año 2011, en este estudio se tomó todo el universo para realizar la investigación.

MUESTRA.

Obtenida a conveniencia, constituida por 73 infantes presentes en los días en que se realizó el estudio, en el Centro de Desarrollo Infantil Arcoíris de Cristal (Aldeas S.O.S.), en el año 2011



INSTRUMENTO Y MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Previo a la recolección de datos, se realizó la unificación de criterios con el tutor a cargo de la investigación, para aminorar imprecisiones a través de una prueba piloto.

Para la recolección de la información de este trabajo monográfico, primeramente se le envió una carta al directora del Centro de Desarrollo Infantil Arcoíris de Cristal, planteándosele la intención de la investigación, basados en los objetivos de la misma, donde se le pidió el permiso para realizar dicho estudio.

Luego de ser otorgado el permiso se procedió a realizar el levantamiento de datos, donde se utilizó un aula de clase en la primeras horas hábiles de la mañana, esta consistió en un examen clínico aplicado al infante y un interrogatorio a la profesora del niño, antes de eso, se presentó en cada grupo de clase una breve introducción oral explicando el por qué y cómo del procedimiento del estudio.

La encuesta en sí, se ejecutó de la siguiente manera: en cada aula de clases se acondicionó un lugar (mesa y asiento, expuestos a luz natural), para realizarle el examen clínico a cada niño, iniciando por revisar sus dedos pulgares en busca de callosidades, en este momento también se observó se el niño tenía las uñas cortas y de ser así como era el tipo de corte; luego se examinó la forma de las narinas y textura de las comisuras labiales inmediatamente se pasó a la cavidad oral donde se prestó atención a la tonicidad labial, posición de las piezas dentarias tanto superiores como inferiores y posición de la mandíbula en busca de alguna alteración, así también la posición de la lengua y su tamaño y por último se exploró los bordes incisales y caras oclusales de toda la dentición y la relación de las arcadas al entrar en oclusión; posteriormente se le solicitó a la maestra el expediente de los infantes presentes, para extraer los nombres y edades; conforme se fue llamando a cada niño, se anotaron tales datos en cada una de las fichas.



Al recolectar la información, se les explicó amablemente a cada niño, que el procedimiento era sencillo, luego se les aplicó el examen clínico el cual seguía un orden referido a cada hábito:

- Succión digital.
- Onicofagia.
- Respirador bucal.
- Queilofagia.
- Lengua protráctil.
- Bruxismo.

Luego de finalizar el examen clínico a cada niño, se llamó a la maestra para brindar los datos referentes a la última parte de la encuesta, que demandaba su intervención.

De igual modo, se les agradeció por su valiosa colaboración, tanto a los niños como a la maestra y a la directora, por permitir realizar la investigación en el centro escolar.

Se realizó una ficha individual para cada niño, elaborada en base a los objetivos y los criterios de inclusión del estudio.



Ficha de recolección de datos:

- Datos generales (Nombre del infante, edad, sexo, presencia o ausencia de hábitos a investigar).
- Examen clínico de cada niño.

Examen extra oral:

- **Dedo:** Comprobar si tiene callosidades, tamaño de las uñas y humedad.
- **Nariz:** Tamaño y forma de la narina, al sellar los labios observar cómo se mantiene la respiración.
- **Cavidad oral:** Sí se encuentra abierta o cerrada al respirar.
- **Labios:** Tamaño de los labios tanto superior como inferior, resequedad y funcionalidad.
- **Mandíbula:** Posición.

Examen intraoral:

- **Encía:** Resequedad gingival e inflamación.
- **Arcada por separado:**
 - o **Arcada superior:** posición de incisivos superiores (vestibularizada), paladar (profundo).
 - o **Arcada inferior:** posición de los incisivos inferiores (lingulizados).
- **Lengua:** tamaño y posiciones que adopta.
- **Dientes:** tipo de desgaste.
- **Arcada en oclusión:**
- **Plano antero-posterior:** si existe inclinación de los incisivos superiores y aumento del resalte.
- **Plano vertical:** observar sobremordida vertical normal, mordida profunda y mordida borde a borde.
- **Plano transversal:** observar mordida cruzada posterior unilateral (unilateral y bilateral).



Criterios de inclusión.

- Todos los niños de ambos sexos (masculino, femenino) que estén matriculados en el CDI.
- Todos los niños que estén presentes el día del estudio en el CDI.

Instrumentos y materiales.

- Ficha de recolección de datos.
- Lapicero
- Corrector
- Silla
- Mesa.
- Barreras de protección (guantes, naso buco, gabacha.)
- Campo de trabajo.
- Baja lengua.
- Vasos descartables.
- Espejo bucal.
- Sustancia antiséptica.
- Luz natural.

Recurso humano y material de trabajo:

Los datos fueron levantados por la autora de esta investigación, estudiante del quinto curso de la carrera de Odontología, de la UNAN-León 2010; realizando el trabajo de examinador y anotador.



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Dato obtenido del expediente escolar de cada niño.	De 1 a 6 años.
Sexo	Diferencias genotípicas y fenotípicas de los individuos.	Datos obtenidos del expediente escolar del niño.	1. Masculino. 2. Femenino.
Habito bucal	Acto repetitivo consciente o inconsciente en el cual se involucran estructuras bucales con peligro potencial o franco de alteración.	Observación clínica. Interrogatorio por medio de encuesta.	1. Sí. 2. No.
Alteración de la oclusión.	Presencia en la cavidad bucal de alteraciones o desviaciones de los patrones normales de oclusión.	Examen clínico de cada niño. Mordida abierta anterior: no existe contacto entre los dientes anteriores. La mordida cruzada anterior: los dientes anteriores superiores ocluyen por lingual de los inferiores. Mordida cruzada posterior: cúspides vestibulares de los Premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores. Vestibuloversión: corona inclinada hacia los labios o el vestíbulo oral. Linguoversión: corona dirigida hacia la lengua, se suele usar para las piezas inferiores. Bóveda palatina profunda: colapso palatino. Sin alteración: sin ninguna de las anteriores.	1. Sí. 2. No.



VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
Succión digital	Hábito en que el niño introduce el dedo pulgar en la cavidad bucal.	Que tenga callosidad en alguno de sus dedos.	1. Sí.
		Que la uña del dedo con callosidad este más limpia que las demás.	
		El niño tenga paladar profundo y o Vestibuloverción de los incisivos Superiores.	2. No.
		Linguoverción de las piezas antero inferiores.	
		Retrognatismo mandibular.	
		Que presente mordida abierta anterior.	
		Resalte horizontal y vertical mayor del normal.	

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
Lengua Protráctil.	Acción de empujar la lengua hacia delante, realizado este movimiento en el momento de la deglución.	Presenta Vestibuloverción de las piezas anterosuperiores.	1. Sí.
		Que tenga labio hipo o hipertónico si es superior o inferior respectivamente.	
		Presenta Macroglosia.	2. No.
		Presenta antecedentes de succión digital.	
		Puede regurgitar un poco de agua al tomarla.	
		Evidentemente coloca la lengua entre los arcos dentales.	
		Alteración en la pronunciación de las letras: L, N, T, D, S, Z.	
		Mordida abierta anterior.	
		Aumento en la salivación y acumulo de la misma en los cantos de la boca.	



VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
Respiración Bucal.	Síndrome típico que se observa en pacientes con interferencias de la función respiratoria normal.	Que el niño relajado y retraído inhale aire por la boca o bien tenga la boca abierta.	1. Sí.
		Perfil convexo. Labio superior corto. Resequedad gingival. Hipotonocidad labial Vestibuloverción de los dientes antero superiores.	2. No.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
Onicofagia.	Hábito compulsivo de comerse las uñas.	Tiene uñas cortas y redondas (evidencia de cortes con dientes).	1. Sí.
		Que durante la observación se le encuentre comiéndose las uñas.	2. No.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
Queilofagia.	Es el hábito de lamerse y de retraer los labios.	Enrojecimiento, inflamación y sequedad de los labios.	1. Sí.
		Retracción del labio inferior. Vestibuloverción de los dientes antero superiores Linguoverción de los dientes antero inferiores. Sobre mordida horizontal mantenida.	2. No.



VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
Bruxismo.	Es rechinamiento de los dientes.	Desgaste de las caras oclusales de las piezas dentarias.	1. Sí. 2. No.

Plan de tabulación y análisis.

Recolectada la información se procedió a realizar la limpieza de los datos a través de SPSS, (Microsoft Word 2007) plasmados previamente en el plan de tabulación y luego los resultados reflejados en tablas y gráficos.



TABLA N°1

FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA CADA HÁBITO BUCAL, EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS SEGÚN EDAD.

EDAD	Nº DE NIÑOS	SUCCION DIGITAL		LENGUA PROTRACTIL		RESPIRADOR BUCAL		ONICOFAGIA		QUEILOFAGIA		BRUXISMO		TOTAL
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2	10	1	10	0	0	4	40	4	40	2	20	0	0	13.7
3	19	5	26	0	0	10	53	0	0	1	5	0	0	26.0
4	18	6	33	0	0	6	33	7	39	9	50	0	0	24.7
5	18	6	33	0	0	2	11	13	72	3	17	2	11	24.7
6	8	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13	0	0	11.0
Total	73	19	26	0	0	22	30	24	33	16	22	2	3	100

El hábito de succión digital, fue más frecuente a los 4 y 5 años de edad, respirador bucal a los 3 años, onicofagia a los 5 años, queilofagia a los 4 años y el bruxismo a los 5 años.

De todos los niños examinados se obtuvo que el hábito más frecuente en ellos fue la Onicofagia, según la edad con un 32.8%, seguida muy de cerca por el hábito de Respiración Bucal con un 30.1%. Siendo el hábito con menos presencia el de Lengua Protráctil con 0%.

TABLA N° 2

NIVEL DE FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA CADA HÁBITO BUCAL, EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS SEGÚN SEXO.

SEXO	Nº DE NIÑOS	SUCCION DIGITAL		LENGUA PROTRACTIL		RESPIRADOR BUCAL		ONICOFAGIA		QUEILOFAGIA		BRUXISMO		TOTAL
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Femenino	36	9	25	0	0	8	22	10	28	7	19	0	0	49.3
Masculino	37	10	27	0	0	14	38	14	38	9	24	2	5	50.7
Total	73	19	26	0	0	22	30	24	33	16	22	2	3	100

En esta representación, basada según el género de los niños, incluidos en el estudio, está reflejado que en todos los hábitos puestos a investigación el sexo masculino es el más afectado, viéndose manifestado esto, en unos hábitos más que en las otros, como es el caso de la Respiración bucal y la Onicofagia.



TABLA N°3
PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS SEGÚN EDAD

EDAD	NUMERO DE NIÑOS	CON HABITOS		SIN HABITOS		TOTAL
		N	%	N	%	
2	10	8	80.0	2	20.0	13.7
3	19	14	73.7	5	26.3	26.0
4	18	12	66.7	6	33.3	24.7
5	18	15	83.3	3	16.7	24.7
6	8	2	25.0	6	75.0	11.0
TOTAL	73	51	69.9	22	30.1	100.0

En la presente tabla se expresa de manera cuantitativa, la prevalencia de los hábitos bucales según la variable edad; mostrando que la edad más afectada es la de los 5 años con un 83.3%, seguida de los 2 años, con 8 de 10 niños de esta edad con presencia de hábitos bucales. La edad que menos casos presenta es la de los 6 años con un 25%, de 8 niños pertenecientes a esta edad.

De los niños que no presentaron hábitos, según la edad; los de 6 años, representaron esta característica con un 75%, seguido por los 4 y luego los 3 años de edad, con un 33.3% y 26.3% respectivamente. En general de los 73 niños examinados 51 poseían algún tipo de hábito bucal, representando un 69.9%

TABLA N°4
PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS SEGÚN SEXO.

SEXO	NUMERO DE NIÑOS	CON HABITOS		SIN HABITOS		TOTAL
		N	%	N	%	
FEMENINO	36	23	63.9	13	36.1	49.3
MASCULINO	37	28	75.7	9	24.3	50.7
TOTAL	73	51	69.9	22	30.1	100.0

Aquí se revela claramente que el género con mayor prevalencia de hábitos bucales, fue el masculino, que de 37 niños, 28 presentaron hábitos, representando un 11.8% más que el femenino; observando que en este estudio la cantidad de niños y niñas fue casi la misma con la diferencia de 1 a favor de los niños. De los niños que no presentan hábitos 13 pertenecen al sexo femenino y 9 al masculino.



TABLA N°5
ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN SEGÚN EL HÁBITO BUCAL.

HABITOS BUCALES	N° DE NIÑOS	MORDIDA ABIERTA ANTERIOR		MORDIDA CRUZADA ANTERIOR		MORDIDA CRUZADA POSTERIOR		VESTIBULARIZACION		LINGUOVERSIÓN		BOVEDA PALATINA PROFUNDA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SUCCION DIGITAL	19	0	0	2	11	0	0	1	5	1	5	5	26
LENGUA PROTRACTIL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RESPIRADOR BUCAL	22	0	0	5	23	1	5	1	5	1	5	6	27
ONICOFAGIA	24	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	2	8
QUEILOFAGIA	16	0	0	1	6	0	0	1	6	1	6	5	31
BRUXISMO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50

En la presente se puede observar que las dos alteraciones más relevantes según el hábito bucal es bóveda palatina profunda y mordida cruzada anterior, dando sus valores más acentuados en los hábitos de Respirador bucal y queilofagia.

De 19 niños con Succión digital 2 presentan mordida cruzada anterior y 6 bóveda palatina profunda. De 22 Respiradores bucales 5 tienen mordida cruzada anterior y 6 bóveda palatina profunda.



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La prevalencia general de los hábitos bucales en niños del Centro de Desarrollo Infantil Arcoíris de Cristal en el año 2011 es del 69.9%, lo cual es un porcentaje alto y representativo; en relación a la edad se obtuvo que la mayor prevalencia de hábitos son los de 5 años sin tener mucha diferencia con los de 3 años.

Respecto a los hábitos bucales específicamente se encontró que el hábito de mayor frecuencia es la Onicofagia con un 32.8%, concordando en ser el más observado, con el estudio realizado en 1991 por Lozano y colaboradores acerca de hábitos bucales, efectuado igualmente en un CDI de la ciudad de León; siendo en tal estudio y en el presente la edad más afectada los 4 y 5 años. Este realce en la frecuencia de la onicofagia puede deberse a que este hábito se ha tomado como símbolo de tenciones, común en los ambientes donde la falta de atención es muy habitual.

Similar fenómeno se presentó en el hábito de Respiración Bucal, colocándose como el segundo hábito más frecuente después de la Onicofagia, con un 30.1%, mostrando nuevamente concordancia con el estudio de Lozano, antes mencionado.

De acuerdo al sexo, de todos los niños que presentan hábitos bucales se observó que el sexo masculino es el más afectado con una diferencia de 11.8% respecto al sexo femenino; este dato se asemeja a estudios anteriores como el ejecutado por Mayra Chavarría el cual también estudio la frecuencia de hábitos en niños, en este se mostró un sobrepase de un 23% del sexo masculino sobre el sexo femenino. Estos resultados se deben a que el género femenino por razones de cultura es más comunicativa razón por la que presentan menos riesgos de desarrollar hábitos que los niños, quienes pueden verse más cohibidos en sus interacciones con la sociales.



En todo el estudio se marca claramente que en términos de edades las que más se realizan por la presencia de hábitos son las intermedias como son los 3,4 y 5 años, respecto a los 2 y 6 años estos mostraron un valor mínimo casi similares entre ambas, manifestando similitud con la literatura al afirmar que algunos hábitos presenta mucha frecuencia a la edad de los 3 y 4 años.

En estudios realizados por Venezuela Betanco, en Sébaco- Matagalpa, Nic, encontraron que el hábito de mayor frecuencia en esta zona del país, es la succión digital en un 62% en los niños y 38% en las niñas, mientras que en el presente estudio solo alcanzó un 25% en niñas y un 27 en niños, mostrando una equivalencia de predisposición según los géneros, a diferencia del estudio de Betanco.

En comparación con los siguientes estudios; de Córdoba Núñez y asociados en el municipio de Telica, mostrando que el 19% de los niños presentaron, el hábito de succión digital como el más frecuente; y el realizado por Castillo Sacaza y colaboradores en la ciudad de León, indicando que este hábito representaba un 43%; el 26% que representó la succión digital en la actual investigación se ubica como valor intermedio.

En el año 2007, Bonilla Peña y colaboradores en el municipio de Muelle de los Bueyes, encontraron que el hábito de mayor frecuencia fue lengua protráctil con un 100% en ambos sexos, siendo antagónico con el encontrado en este estudio, donde dicho hábito no hizo presencia en ninguno de los sexos.

En el presente estudio también se incluyó el aspecto de alteraciones de la oclusión según el hábito bucal, encontrando que las alteraciones más simbólicas fueron; mordida cruzada anterior y bóveda palatina profunda para el hábito de Respirador Bucal, y la Succión Digital presentando solo la última alteración ya mencionada, sin olvidar recalcar que estas alteraciones no muestran datos relevantes ni se puede asegurar que estén directamente relacionadas con el hábito.



CONCLUSIONES.

1. La prevalencia de hábitos bucales en el Centro de Desarrollo Infantil Arcoíris de Cristal fue de 69.9%, este valor expresa que en esta zona, la cultura en relación a la salud oral y su necesidad, es mínima, razón por la cual está habiendo una falta de atención respecto a los hábitos que están desarrollando los infantes.
2. Las edades con mayor frecuencia de hábitos fueron los 4 y 5 años.
3. El sexo masculino presento mayor frecuencia de hábitos bucales.
4. La Onicofagia fue el hábito más frecuente seguido por la Respiración Bucal. En orden decreciente los hábitos bucales más frecuentes son:
 - Onicofagia.
 - Respirador bucal.
 - Succión digital.
 - Queilofagia.
 - Bruxismo.
 - Lengua protráctil.
5. Las alteraciones más comunes fueron: mordida cruzada anterior y bóveda palatina profunda.



RECOMENDACIONES.

1. Que la Facultad de Odontología en coordinación con las Aldeas SOS impulsen un programa de educación tanto para padres de familia como para maestros encargados del cuidado de los niños; sobre el tema de los hábitos bucales y sus consecuencias.
2. Que la Facultad de Odontología en comunión con las clínicas de Ayapal de la misma y las Aldeas SOS incluyan a los niños dentro de un sistema incremental con el fin de complementar el programa de educación Odontológica a padres y maestros, logrando la salud oral de los infantes a través de educación a los mismos y tratamiento, esto por ser un eslabón importante en nuestra sociedad y aporte al bien común.
3. Que los padres y maestros insten a los niños al cuidado de la cavidad oral en general.



BIBLIOGRAFÍA.

1. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández- Collado Pilar Baptista Lucio, Metodología de la investigación, 4ta edición, Compañía Editorial Ultra, México, 2007.
2. F.H de Corrales, E.L de Alvarado, E.B Pineda. Metodología de la investigación. Organización Panamericana de la Salud, 1986.
3. J.R Pinkham, D.D.S, M.S, Odontología Pediátrica, 3era Edición, Mc Graw Hill Interamericana editores S.A de C.V. México D.F, 2001.
4. Barber,K.Thomas,Luke,S.LarryOdontopediatría(s.e) EditorialelmanualmodernoS.AdeC.V1985.
5. E. Barbería Leache y Colaboradores, Odontopediatria, 2da edición, Alen S.A- Zamora, 45- Barcelona 2002.
6. CárdenasJaramillo,Darío.FundamentosdeOdontologíaPediátrica.Cap.8y10O.D MScMedellín,Colombia.1996.
7. T. M Graber, Ortodoncia Teoría y Práctica,3 era edición, Nueva editorial Internacional S.A de C.V, México D.F, 1974.
8. Mayoral J y G, Ortodoncia, Principios Fundamentales y Practica, Editorial, Labor, S.A Buenos Aires Bogotá.
9. BonillaPeña,JannielAntonio.PrevalenciadeHábitosBucaldehypresenciadealgunasalteracionesenpreescolaresde4a6años.InstitutoCristoRedentor,Municipio MuelledelosBueyes.RAAS.2007.
10. FinnB.SidneyOdontopediatría4ta.Edición,cap.17 .NuevaeditorialinteramericanaMéxico1982.
11. Moyers,E.Robert.ManualdeOrtodoncia4ta.Edición.MedicaPanamericana1992.
12. J.Ajuriaguerra.Manualdepsiquiatríainfantil.4ta.Edición.Cap.3MASSONS.A,Barcelona.2002.



13. Mayra Cecilia Chavarría Delgado, Esther Jirón Muñoz y colaboradores. Hábitos bucales más frecuentes en niños y niñas de 3 a 6 años de edad, en Centros de Desarrollo Infantil, León 1998. Tesis para optar al Título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León- Nic. Facultad de Odontología.
14. Valentine Mendoza Medal, Francisco Noguera Guevara y colaboradores, Prevalencia de succión del pulgar y el grado de severidad en las alteraciones bucales en niños de 4 a 10 años de edad, León- Nic, 1993. Tesis para optar al Título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León- Nic. Facultad de Odontología.
15. Marcia Guzmán, María Castillo y Gustavo Rivera. Prevalencia de hábitos bucales deformantes y presencia de mal oclusiones de acuerdo a la clasificación de Angle en niños escolares de 6 a 12 años en el municipio de Belén, Depto. de Rivas, en año de 1992. Tesis para optar al Título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León- Nic. Facultad de Odontología.
16. Atahualpa Yupanqui Valenzuela Betanco. Hábitos bucales deformantes en preescolares de 3 a 5 años, Sébaco – Matagalpa 2002, León –Nic. Tesis para optar al Título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León- Nic. Facultad de Odontología.
17. Córdoba Núñez, Fátima Lorena. Prevalencia de hábitos bucales deformantes en escolares de 4, 8 y 12 años en el municipio de Telica, León. 2002.
18. Valenzuela Betanco, Atahualpa Yupanqui. Hábitos Bucleales deformantes en preescolares de 3 a 5 años en el municipio de Sébaco, Matagalpa. 2002.
19. Castillo Sacasa, Scarlette. Prevalencia de hábitos bucales deformantes y presencia de alguna alteraciones de la oclusión en niños preescolares de 3 a 5 años. León, 2004.
20. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con malocclusiones en niños con dentición primaria <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

ANEXOS.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: M _____ F _____.

Examen extra oral:

Dedos.

Callosidad: si _____ no _____

Tamaño de las uñas: cortas _____ corte con cortaúñas: Si _____ no _____
largas _____

Humedad: si _____ no _____

Nariz.

Tamaño: grande _____ mediana _____ grande _____.

Forma de los orificios nasales: redondos y normales _____

Amplias y aplanadas _____.

Respiración con la boca cerrada: Normal _____ Forzada _____.

Cavidad oral.

Al respirar esta: abierta _____ cerrada _____.

Labios:

Tamaño:

Superior: normal _____ grueso _____ delgado _____

Inferior: normal _____ grueso _____ delgado _____.

Tonicidad:

Superior: Hipertónico _____ Hipotónico _____.

Inferior: Hipertónico _____ Hipotónico _____.

Ressequedad: presente _____ ausente _____.

Mandíbula:

Posición: normal _____ retraída _____ protruida _____

Examen intraoral:

Encía:

Resequedad gingival: presente____ ausente____.

Arcadas.

Incisivos Superior:

Posición de incisivos superiores

Vestibuloversion: si____ no____.

Paladar: plano____, normal____ profundo____.

Incisivos Inferior:

Lingalización: presente____ ausente____.

Lengua:

Tamaño: normal____ grande____ pequeña____.

Posiciones que adopta en descanso: normal____

Entre las piezas anteriores____.

Dientes:

Desgaste: fisiológico____ patológico____.

Arcada en oclusión:

Plano antero-posterior:

Resalte: 0 a 1mm____ 2 a 4 mm____ 4 a más mm____.

Plano vertical:

Mordida abierta anterior: presente____

Ausente____.

Plano transversal:

Mordida cruzada posterior: presente____

Ausente____.

Bilateral____

Unilateral____.

Mordida cruzada anterior: presente____

Ausente____.

Interrogatorio de la maestra:

¿Ha observado si el niño se chupa algún dedo?

Sí _____ No _____

En qué ocasión:

Todo el tiempo que está en el aula de clase _____

Cuando esta aburrido o distraído. _____

Cuando se le llama la atención. _____

¿Ha observado si el niño respira por la boca?

Sí _____ No _____

¿Ha observado si permanece con la boca abierta?

Sí _____ No _____

¿Con que frecuencia a observado lo que hace? (permanecer con la boca abierta)

Siempre _____ A veces _____

¿Ha observado si el niño se come la uña durante la clase?

Sí _____ No _____

Ocasión:

Cuando va hacer exámenes _____

Cuando pasa a la pizarra _____

Siempre _____

¿Ha notado si el niño se succiona el labio?

Sí _____ No _____

Plan de tabulación.

1. Prevalencia de hábitos bucales en niño de 2-6 años según la edad y el sexo.

EDAD	NUMERO DE NIÑOS	CON HABITOS		SIN HABITOS		TOTAL
		N	%	N	%	
2						
3						
4						
5						
6						
TOTAL						

Fuente Primaria

SEXO	NUMERO DE NIÑOS	CON HABITOS		SIN HABITOS		TOTAL
		N	%	N	%	
FEMENINO						
MASCULINO						
TOTAL						

Fuente Primaria

2. Frecuencia de hábitos bucales en niños de 1 a 6 años según su edad y sexo.

EDAD	Nº DE NINOS	SUCCION DIGITAL		LENGUA PROTRACTIL		RESPIRADOR BUCAL		ONICOFAGIA		QUEILOFAGIA		BRUXISMO		TOTAL
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2														
3														
4														
5														
6														
Total														

Fuente primaria.

SEXO	Nº DE NINOS	SUCCION DIGITAL		LENGUA PROTRACTIL		RESPIRADOR BUCAL		ONICOFAGIA		QUEILOFAGIA		BRUXISMO		TOTAL
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Femenino														
Masculino														
Total														

Fuente primaria.

3. Alteraciones de la oclusión según el hábito bucal.

HABITOS BUCALES	Nº DE NIÑOS	MORDIDA ABIERTA ANTERIOR		MORDIDA CRUZADA ANTERIOR		MORDIDA CRUZADA POSTERIOR		VESTIBULARIZACION		Linguoversion.		BOVEDA PALATINA PROFUNDA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SUCCION DIGITAL													
LENGUA PROTRACTIL													
RESPIRADOR BUCAL													
ONICOFAGIA													
QUEILOFAGIA													
BRUXISMO													

Fuente primaria.