



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
División de Estudios de Posgrado e Investigación  
Secretaría de Salud  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA



## FRECUENCIA DE HABITOS ORALES EN LA POBLACION INFANTIL

### TRABAJO DE INVESTIGACION

Para obtener el Diploma de Especialista en:

### ESTOMATOLOGO PEDIATRA

Presenta:

### JORGE LUIS SOTO BALDERAS

Tutor de Tesis:

DR. EDUARDO DE LA TEJA ANGELES



México, D. F. Septiembre del 2002

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

FRECUENCIA DE HABITOS ORALES EN LA POBLACION INFANTIL

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA

JORGE LUIS SOTO BALDERAS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

ESTOMATOLOGO PEDIATRA

TUTOR DE TESIS DR. EDUARDO DE LA TEJA ANGELES

MEXICO, D.F. SEPTIEMBRE DEL 2002



**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA  
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**

México, D.F. a 22 de Enero del 2002

**DR. EDUARDO DE LA TEJA ANGELES.  
SERVICIO: ESTOMATOLOGIA.  
PRESENTE:**

Me complace informarle que su proyecto: **75/2001, FRECUENCIA DE HABITOS ORALES EN LA POBLACION INFANTIL.**

Ha sido aprobado por la Comisión de Investigación y autorizado por la Dirección de Investigación según las normas vigentes de este Instituto.

Para conocer el seguimiento de esta investigación, le solicitamos un informe semestral.

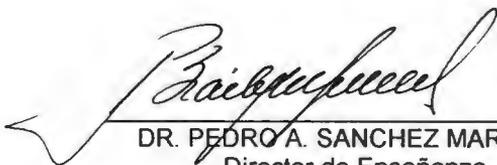
Espero que pueda llevar a buen termino la citada investigación y cuando esto ocurra esperamos nos envíe una copia del o los artículos o la copia de la carátula y resumen de la tesis generada.

Aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

**DRA. CECILIA RIDAURA SANZ  
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN  
Y PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**FRECUENCIA DE HÁBITOS ORALES EN LA POBLACIÓN INFANTIL.**



---

**DR. PEDRO A. SANCHEZ MARQUEZ**  
Director de Enseñanza



---

**DR. LUIS HSHIKI NAKANDAKARI**  
Jefe del Departamento de  
Enseñanza de Pre y Posgrado



---

**DR. EDUARDO DE LA TEJA ANGELES**  
Profesor Titular del Curso  
Tutor de la Tesis

## AGRADECIMIENTOS

Gracias por el apoyo moral que recibí durante mi residencia en el Instituto Nacional de Pediatría, sobre todo en los momentos más difíciles donde hasta una llamada telefónica resultaba casi imposible.

Altagracia, David, hermanos, Abuela Sabi (qepd).

Los valores y conocimientos adquiridos en mi residencia, hoy son una herramienta útil y necesaria para cumplir con mi misión como Estomatólogo Pediatra. Gracias.

Adscritos, R-2, R-1, Equipo de Enfermería y a todo el Instituto Nacional de Pediatría.

Me llevo la responsabilidad, la entrega ética y el profesionalismo en el trato con los niños, de la persona que durante mi estancia en el Hospital me dio la oportunidad de tomarlo hasta en el consejo más sencillo que experimentamos cada día.

Dra. Antonia Cadena Galdós.

Su enseñanza fue más allá del plano académico, convirtiéndose en una **amistad** lo suficientemente fuerte para formar el carácter necesario que requieren los retos profesionales y personales. Muchas gracias.

Dr. Eduardo de la Teja Angeles.

291197.21,5,1,13,16,19.

## **FRECUENCIA DE HÁBITOS ORALES EN LA POBLACIÓN INFANTIL.**

**\*Eduardo De la Teja Ángeles, \*\*Jorge Luis Soto Balderas**

**\*Profesor titular de la especialidad en Estomatología Pediátrica**

**\*\*Residente de segundo año de la especialidad en Estomatología Pediátrica.**

**PALABRAS CLAVE.** Hábitos orales, niños, respiración oral, succión digital, onicofagia, Bruxismo.

### **RESUMEN**

El hábito oral nocivo puede ser causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dento-maxilo-faciales. Los hábitos orales nocivos generalmente se inician en la infancia. Por lo general los hábitos bucales perniciosos producen mala posición de la lengua y propician la respiración oral. Se puede decir que estos dos factores unidos a la frecuencia, intensidad, duración, y el periodo de crecimiento y desarrollo en que se presentan son los factores esenciales que causan la maloclusión. El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia con que se presentan los hábitos bucales nocivos en la población infantil que acude a la valoración en el Servicio de Estomatología de INP, con el fin de posteriormente crear una clínica integral de atención a los hábitos bucales nocivos.

### **SUMMARY**

Pernicious oral habits could be cause of malocclusion or dental-maxillofacial deformations in first or second degree. Injurious oral habits begin generally at childhood. Generally those habits produce lingual protrusion and oral breathing. Pernicious oral habits risk

factors includes frequency, intensity, duration, involved structures position, age, growth and development stage could develop malocclusion in addition with the oral breathing and lingual protrusion. In these study we pretend to know the frequency of pernicious oral habits in the pediatric population in the Service of Estomatology of Instituto Nacional de Pediatría, to justify the creation of a integral attendance clinic.

## **METODOLOGÍA**

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, clínica (encuesta descriptiva), en el que se incluyeron los expedientes de los pacientes que acudieron a valoración al servicio de Estomatología del INP de Enero de 1999 a Agosto del 2000 y se les practico una revisión dental.

## **ANTECEDENTES**

Un hábito es una costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto.<sup>1</sup> Si es provechoso o nocivo depende del grado en el cual es interrumpido y dependerá de la edad, frecuencia, tiempo e intensidad con que se realice. Un hábito oral es indudablemente causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dento - maxilofaciales; a pesar de las discusiones para determinar hasta qué edad puede ser considerado como normal.<sup>2</sup>

En un estudio realizado en la Habana en 1980 obtuvieron como resultado que la prevalencia de hábitos alcanza el 70.6 % (de 376 niños en ambos sexos), siendo el sexo femenino el mas afectado, la deglución atípica es la más frecuente y la succión digital alcanza un porcentaje considerable de 22.6%, estos resultados evidenciaron la necesidad de medidas que proporcionen educación a padres y familiares, para tratar de disminuir tales hábitos.

Los estudios en hábitos orales no son tan "recientes". Hace 50 años los hábitos no constituían un motivo de preocupación, y por tanto su estudio no había tomado el auge de nuestros días. Muchos han sido los autores que han planteado estrechas relaciones entre los hábitos y las deformaciones dentomaxilofaciales, se considera que John Fuller en 1810 fue el primero en describir un hábito como factor causal de maloclusiones, Imrie en 1841 describió el hábito de succión digital y sus consecuencias, en 1878 Chandler expresó que: "El hábito de succión en la infancia es la principal causa de deformaciones en los huesos de la boca y de irregularidades en los dientes ". Tomes fue uno de los primeros en alertar sobre el hábito de respiración bucal, pero no fue hasta 1910 que Mayo Collier describió el cuadro facial presente en esta afección. Otros autores son Peterson y Schneider, Ruff, Swinechart, Kholer, Kerstein, Graber, Sánchez, Aguila y otros, Almiñaque y González Rubio.

Los hábitos orales, hoy deben atenderse desde sus primeros indicios por las profundas raíces y consecuencias que los trastornos psicossomáticos le acarrearán a los pacientes.

La infelicidad, la no-seguridad, y frustración del niño, pueden manifestarse perfectamente como un fenómeno psicológico que puede desarrollar múltiples complejos, apelando al hábito de la succión digital (Landa, 1953). Esta experiencia es un escape emocional que actúa como un sustituto - real - de calor humano, dándole cierta seguridad al niño.<sup>3 4 5</sup>

Hábitos como la succión de un dedo puede considerarse normales en los primeros tres o cuatro años de la vida. Pero después de esta fecha y sobre todo cuando es muy continuo el hábito y está causando un mal, debemos considerar la presencia de un estado patológico.

Los hábitos orales proceden según Pauly (1957) de cinco fuentes distintas: *Instinto, energía insuficiente o incorrecta, dolor o molestia, tamaño anormal de las partes* (amígdalas, etc.) y por *imitación o imposición de los padres u otras personas*.<sup>4</sup>

Aunque son diferentes y numerosos los hábitos orales, existen cuatro principales que causan grandes maloclusiones y que deben ser ampliamente conocidos por el Odontólogo tanto en su etiología como en su forma de corrección o tratamiento: *succión de pulgar, hábito de lengua, respiración bucal y bruxismo*. Los tres primeros se manifiestan frecuentemente con una mordida abierta.<sup>6</sup>

Estudios recientes concuerdan en que el hábito de mordedura de uñas (onicofagia), es cada vez más frecuente y esto es debido al estado de ánimo del niño sobre las características de su personalidad; presentándose con mayor frecuencia entre los 13 y 16 años de edad, asociándolo también con un hábito nervioso.<sup>7 8 9</sup>

La cantidad de hábitos orales que se presentan relacionados con la cavidad oral, aunado al interés por determinar su etiología y tratamiento a propiciado que médicos de distintas ramas (cirujano dentista, ortodoncista, foniatra, psiquiatra infantil y el medico general), trabajen en conjunto no solo para evaluar y tratar a los niños, sino para eliminarlos.<sup>10 11 12</sup>

Del impacto de los hábitos y las secuelas (deformaciones estéticas y anatómicas) de los mismos, nace el interés por difundir el tema ya que si no se manejan adecuadamente en sus primeras manifestaciones (edad temprana), pueden provocar que el niño tenga un crecimiento deficiente; en caso contrario, de no atenderse debidamente, en la adolescencia o en la edad adulta, pueden presentarse síntomas de problemas orgánicos, algunos de ellos de repercusión psicológica.<sup>13 14</sup>

Un conocimiento de las bases fisiológicas de los mismos, así como la presencia de ciertas conductas serán dos aspectos invaluable en su tratamiento.

### INCIDENCIA DEL TIPO DE HÁBITOS EN LA POBLACIÓN MUNDIAL.

Autor / fecha	Muestra	Hábito
Winocur E, y cols. 2001	Telaviv, Israel 323 niñas	Mascar chicle 62.4%
Restrepo CC. y cols. 01	Medellin, Colombia 188 niños	Bruxismo 33 niños
Tomita NE y cols 2000	Sao Paulo, Brasil 2139 niños	Succión de chupón
Águila 1980	Habana, Cuba 375 niños	Deglución atípica
Hellman 1921	354 niños	Succión digital
Swenhart 1938	38 niños	Respirador Bucal 27 niños
Bliss 1945	300 niños	Succión digital 17%
Leech, 1968	500 niños	Deglución atípica 216 niños
Straub, 1969	478 niños	Deglución atípica
Ward, 1971	358 niños	Succión digital 136 niños
Kortsch, 1973	660 niños	Deglución atípica, 134 niños
Cherif, 1980	500 niños	Succión digital 40%
García Godoy, 1981	Sto. Domingo, R. Dom. 417 niños	Succión digital 33.3%
Popovich 1967	Ontario, Canadá 1258 niños	Succión digital
Onyeaso, 2001	Ibadan, Nigeria 563 niños	Succión digital
Shetty, 1998	Mangalore, India 4590 niños	Onicofagia 12.7%
Osaki, 1990	Fukuoka, Japón 802 niños	Succión digital 57.9%

Generalmente, la literatura reporta los hábitos bucales nocivos por separado, sin hacer relación con otros hábitos bucales nocivos.

### JUSTIFICACIÓN

No existen datos sobre la frecuencia de hábitos bucales nocivos en población infantil de la República Mexicana. Conocida la incidencia de los hábitos bucales nocivos se podría justificar la creación de una clínica integral de estos pacientes pediátricos, en los que además del Estomatólogo pediatra se incluiría la participación de Psicólogos. Pediatras, Otorrinolaringólogos, Neurólogos, Foniatras, Trabajadores sociales, Ortodoncistas, Alergólogos y Neumólogos.

Dentro de la línea de investigación de crecimiento y desarrollo del servicio de Estomatología, se inscribe la de Hábitos Bucales Nocivos, como base de un análisis profundo de la población que acude al Servicio de Estomatología.

## **OBJETIVOS**

- Determinar la incidencia de los hábitos orales nocivos en la población infantil que acude a valoración al Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría.
- Conocer si los hábitos orales nocivos se manifiestan en conjunto o aislados.
- Conocer cuál es el hábito nocivo que se presenta con mayor frecuencia en esta población.

## **HIPÓTESIS**

El 25% de la población que acudió a valoración al servicio de Estomatología del INP, presenta un hábito bucal nocivo

El hábito bucal nocivo que se presenta con mayor frecuencia en nuestra población es el de respirador oral.

El hábito bucal nocivo por lo general no se presenta aislado.

No existe diferencia en cuanto a género

## **CLASIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

- Estudio retrospectivo.
- Transversal.
- Descriptivo.
- Observacional.
- Clínica (encuesta descriptiva).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Población que se estudió:

### Criterios de inclusión

Se revisaron los expedientes de los pacientes que acudieron a valoración al servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría entre Enero de 1999 a agosto del 2000.

Expedientes activos de pacientes en edad pediátrica, de ambos sexos, con cualquier diagnóstico de base.

### Criterios de exclusión

Expedientes de pacientes que fueran respiradores orales obligados (parálisis cerebral infantil), al igual que los que cursen con retraso psicomotor.

### Criterios de eliminación

Expedientes que no tuvieron "nota de valoración estomatológica", o que no se haya interrogado sobre hábitos bucales.

## Método

Se revisaron las notas de valoración anotando en hoja elaborada ex profeso los datos de edad, sexo, hábito o hábitos bucales que presente, posteriormente se relacionaron las variables entre sí.

Definiciones operacionales: Las variables que se analizaron son:

Hábito de succión: los niños nacen con un reflejo de succión y un patrón de trago infantil que consiste en el empuje anterior de la lengua entre los procesos maxilares, esto para obtener una alimentación adecuada, además de que exhiben curiosidad oral en sus

primeros años de vida, pero que si persiste en niños de mas de 3 años puede tener como consecuencias orales la deformación facial como mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, proclinación de los dientes anteriores superiores, retroclinación de los dientes anteriores inferiores, incremento de la mordida anteroposterior.

Respirador oral: es aquel paciente que presenta dificultad a la respiración nasal o tiene la costumbre de respirar por la boca y tiene como consecuencia el presentar incompetencia labial, labios hipohidróticos, paladar profundo, resequedad de las mucosas orales, incremento de la dimensión vertical.

Onicofagia: es aquel paciente que presenta mordedura de uñas y que tiene como consecuencia el desgaste de los dientes anteriores.

Succión labial: es el habito que se caracteriza por mantener por tiempo constante el labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores y que tiene por consecuencia la proclinación de los superiores y la proclinación de los inferiores, creando un incremento de la mordida anteroposterior.

Bruxismo: que consiste en el rechinado de los dientes, pudiendo ser éste consciente o inconscientemente y que como resultado puede producir el desgaste de las caras oclusales de los dientes y que si este es muy severo puede producir una comunicación con la pulpa dental.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó estadística descriptiva con la que se analizó la información tanto gráfica como numéricamente.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 9 en computadora personal. Windows Me, Pentium IV, Se realizó la prueba de hipótesis para comparar la proporción de la presencia de hábitos entre hombre y mujeres

### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por ser un estudio retrospectivo, no se requirió de carta de consentimiento informado.

### RESULTADOS

MUESTRA		
Mujeres	274	44.6%
Hombres	340	55.4%
Total	614	100%

EDAD			
	Muestra	Mujeres	Hombres
Mínima	1.0	1.0	1.1
Máxima	17.1	17.1	17.1
Media	7.6	7.7	7.5
Desviación estándar	5.56	3.76	3.73

No existe diferencia significativa de edad ( $P = .509$ ) entre hombres y mujeres.

TALLA			
	Muestra	Mujeres	Hombres
Mínima	11.0	57.0	11.0
Máxima	189.0	167.0	189.0
Media	118.32	118.0	
Desviación estándar	3.60		

No existe diferencia significativa de tallas ( $p = .640$ ) entre hombres y mujeres.

PESO			
	Muestra	Mujeres	Hombres
Mínima	1.70	3.70	1.70
Máxima	87.0	87.0	82.50
Media	26.57	22.30	26.81
Desviación estándar	14.32	14.17	14.46

No existe diferencia significativa de peso ( $p = .660$ ) entre hombres y mujeres.

Nota: estadística de prueba: Mann-Whitney, prueba de dos colas con nivel de significancia  $\alpha = 0.05$

FRECUENCIA DE HABITOS BUCALES		
Con hábito bucal	501	81.6 %
Sin hábito bucal	113	18.4 %
Total	614	100.0%

Prueba de hipótesis de una cola, con  $\alpha = 0.05$

Se probó la hipótesis de que el porcentaje de individuos con hábitos bucales es mayor que 25.0%

$$H_0: p = 0.25$$

$$H_a: p > 0.25$$

Resultado:  $Z_c = 32.3428 > Z(.05) = 1.64$

Se rechaza la hipótesis nula

Con un 95% de confianza ( $\alpha = 0.05$ ) se puede decir que existe evidencia suficiente para considerar que el porcentaje de individuos con hábitos bucales es mayor que 25%.

FRECUENCIA DE HABITOS BUCALES POR GENERO (SEXO)				
	Mujeres		Hombres	
Con hábito	221	80.7 %	280	82.4 %
Sin hábito	53	19.3 %	60	17.6 %
Total	274	100.0%	340	100.0 %

Prueba de Mann-Whitney de dos colas, con  $\alpha = 0.05$ :

Con 95% de confianza se puede afirmar que no existe diferencia significativa ( $p = .590$ ) entre el número de hombres y el número de mujeres con hábitos bucales, es decir, la presencia de hábitos bucales es independiente del género.

#### NUMERO DE HÁBITOS POR PACIENTE:

Número de hábitos	Número de Pacientes	Porcentaje de pacientes
1	151	30.1
2	145	28.9
3	114	22.8
4	65	13.0
5	20	4.0
6	5	1.0
7	1	0.2

Prueba de Chi cuadrada con  $\alpha = 0.05$

Si existe diferencia significativa ( $p = .000$ ) en el número de hábitos bucales por individuo.

#### DIFERENCIA EN EL NUMERO DE HÁBITOS BUCALES ENTRE GENERO POR PERSONA

Número de hábitos bucales por individuo por sexo

No. de hábitos	1	2	3	4	5	6	7
No. de mujeres	59.0	62.0	54.0	33.0	9.0	4.0	0.0
% de mujeres	26.7	28.1	24.4	15.0	4.0	1.8	0.0
No. de hombres	92.0	83.0	60.0	32.0	11.0	1.0	1.0
% de hombres	32.9	29.6	21.4	11.4	4.0	0.35	0.35

Con un 95% de confianza se puede decir que no existe diferencia significativa ( $p = .056$ )

entre hombres y mujeres en el número de hábitos por persona.

Prueba de Mann-Whitney de dos colas con nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ :

Con un 95% de confianza se puede decir que no existe diferencia significativa ( $p = .056$ ) entre hombres y mujeres en el número de hábitos por persona.

#### RELACIÓN DE HÁBITOS CON LA EDAD, TALLA Y PESO DEL PACIENTE.

Prueba de Kruskal-Wallis y prueba de la mediana con  $\alpha = .05$

Se analizaron las variables edad, talla, peso de los pacientes contra el número de hábitos.

##### *Para edad-número de hábitos*

Kruskal-Wallis $p = .750$	}	no hay diferencia significativa para $\alpha = 0.05$
Prueba de la mediana $p = .098$		

##### *Para talla-número de hábitos*

Kruskal-Wallis $p = .908$	}	no hay diferencia significativa para $\alpha = 0.05$
Prueba de la mediana $p = .669$		

##### *Para peso-número de hábitos*

Kruskal-Wallis $p = .927$	}	no hay diferencia significativa para $\alpha = 0.05$
Prueba de la mediana $= .782$		

El número de hábitos bucales de los pacientes es independiente de su edad, talla y peso.

Como se muestra en las siguientes tablas.

## ANÁLISIS DE FRECUENCIAS.

Número de hábitos por edad.

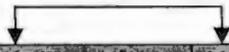
edad



Hábito	Frecuencia	Media	Mínima	Máxima
1	151	7.786	1.1	17.1
2	145	7.629	1.1	16.0
3	114	7.656	1.0	17.1
4	65	7.654	2.5	14.2
5	20	7.765	1.8	14.0
6	5	5.240	2.8	7.0
7	1	5.000	5.0	5.0
Total:	501	7.662	1.0	17.1

Número de hábitos por talla.

talla



Hábito	Frecuencia	Media	Mínima	Máxima
1	145	119.866	70	189
2	139	119.906	63	181
3	109	117.835	71	188
4	64	117.734	57	166
5	20	112.150	11	151
6	5	107.400	88	125
7	1	105.000	105	105
Total:	483	118.657	11	189

Número de hábitos por peso.

Hábito	Frecuencia	peso		
		Media	Minima	Máxima
1	148	26.990	3.70	87.00
2	143	27.471	8.00	76.70
3	113	26.294	1.70	82.50
4	64	25.818	9.90	57.00
5	20	23.933	8.00	50.70
6	5	19.800	12.70	31.00
7	1	23.300	23.30	23.30
Total:	494	26.614	1.70	87.00

Análisis estadístico del número de hábitos por persona de acuerdo con su edad, talla y peso.

Prueba estadística: Mann-Whitney de dos colas con  $\alpha = 0.05$

No hay diferencia en el número de hábitos por persona de acuerdo a su edad ( $p = .393$ )

No hay diferencia en el número de hábitos por persona según su talla ( $p = .413$ )

No existe diferencia en el número de hábitos por persona según su peso ( $p = .972$ )

## ASOCIACIÓN O RELACIÓN ENTRE DIFERENTES TIPOS DE HÁBITOS BUCALES NOCIVOS.

CORRELACIÓN DE SPEARMAN							
Dedo	Lengua	Uña	Labio	Chupón	Bruxismo	Biberón	
.072	.367	.166	.141	-.051	.187	-.024	Resp. oral
.074	.000	.000	.000	.209	.000	.559	oral
	.174	-.015	.038	.078	.086	.038	Dedo
	.000	.712	.341	.053	.034	.351	
		.071	.095	-.012	.090	-.026	Lengua
		.077	.018	.768	.026	.518	
			.131	-.001	.082	-.104	Uña
			.001	.983	.042	.010	
				.036	.177	-.034	Labio
				.378	.000	.406	
					-.007	-.003	Chupón
					.866	.949	
						.043	Bruxismo
						.288	
							Biberón

Coeficiente correlación sig. P

CHI CUADRADA DE INDEPENDENCIA							
Dedo	Lengua	Uña	Labio	Chupón	Bruxismo	Biberón	
.080	.000	.000	.000	.209	.000	.558	Resp. oral
	.000	.712	.341	.053	.033	.350	Dedo
		.077	.018	.768	.026	.517	Lengua
			.001	.983	.042	.010	Uña
				.378	.000	.405	Labio
					.866	.949	Chupón
						.287	Bruxismo

Nivel de significancia (p)

### Coefficiente de correlación de Spearman

P = nivel de significancia para rechazar la hipótesis de independencia con un 95% de confianza ( $\alpha= 0.05$ )

Las variables en rojo muestran un nivel de asociación o relación entre ellas con el nivel de significancia p señalado.

De acuerdo con los coeficientes de correlación de Spearman que se observan, los niveles de asociación no son muy fuertes ya que están muy alejados del valor 1.000.

El valor + o - del coeficiente nos indica si la relación es positiva o inversa.

### DISCUSIÓN.

La prevalencia -en éste estudio- de hábito bucal nocivo es del 81.6%, resultado similar al estudio de Águila(1989)<sup>2</sup>, realizado en la Habana Cuba; aunque en ése estudio se encontró mayor afección en el sexo femenino, mientras que nosotros no encontramos diferencia alguna en género como sucedió con Onyeaso (2001)<sup>16</sup> en Nigeria.

En el estudio de Águila el hábito que se presentó con mayor frecuencia fue la deglución atípica (22.6 %), seguido por la succión digital. El hábito bucal nocivo que encontramos con mayor frecuencia -en nuestro estudio- fue el respirador oral (26 %) seguido por el bruxismo.

Peterson y Scheider (1991)<sup>6</sup> afirman que existen cuatro principales hábitos que causan grandes maloclusiones: la succión digital, la deglución atípica, la respiración bucal y el Bruxismo; aunque nosotros encontramos éstos cuatro dentro de los seis hábitos más frecuentes en nuestra población, la onicofagia la encontramos con una gran incidencia,

probablemente al igual que el Bruxismo. El resultado anterior se podría atribuir al estrés al que están sometidos los niños en la actualidad, tal es el ejemplo de lo reportado por Restrepo(2001)<sup>17</sup> en Medellín, quien encontró mayor prevalencia por el bruxismo o Winocur(2001)<sup>18</sup> en Tel Aviv quien encuentra una incidencia del 62.4% en el hábito de mascar chicle y que al igual que los dos anteriores hábitos sirven como puerta de salida para el estrés. Según Foster (1998)<sup>9</sup> lo anterior lo asocia con el hábito de nervios que es típico en el desarrollo de niños en etapa preescolar.

En la India Shetty (1998)<sup>7</sup> encontró que el 29.7% de su muestra tenía algún hábito bucal nocivo; el 12.7% presentó onicofagia, seguido por el hábito de mordedura de lápiz (9.8%). En nuestro estudio el resultado de pacientes con onicofagia es similar (12.49%).

En nuestro caso el rango de edad en que se presenta con mayor frecuencia la onicofagia en ambos sexos es entre los 6 y los 9 años de edad, mientras que para Ozaki (1990)<sup>8</sup> en Japón lo encuentra entre los 10 y 11 años de edad.

La succión digital ha sido reportada en la literatura como uno de los hábitos bucales nocivos con mayor incidencia (ver Ward (1971)<sup>19</sup>, Cherif (1980)<sup>3</sup>, García-Godoy (1981)<sup>20</sup> o Popovich (1967)<sup>21</sup>), sin embargo en nuestra población éste hábito ocupó el sexto lugar de presentación en cuanto a incidencia.

La cantidad de hábitos bucales nocivos que se encuentra en nuestra población es alta y los efectos producidos por estos son graves; por ello es importante la creación de una

clínica integral para detectarlos a tiempo y poder tratarlos en conjunto con las diferentes áreas de la salud a fin de brindar una mejor calidad de vida a nuestra población.

Nuestros resultados deben ser tomados con cautela, pues la población estudiada corresponde a pacientes que por algún motivo asisten a una Institución hospitalaria de Salud lo cual pudiera ser un factor (emocional y/o físico) predisponente a la frecuencia de presentación de los hábitos.

Ahora debiera estudiarse una población similar de pacientes aparentemente sanos y correlacionarlos

## CONCLUSION

La incidencia de los hábitos orales nocivos en la población infantil que acudió a valoración al Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría de una muestra de 614 pacientes, fue de 81.6% con hábito bucal nocivo (501 pacientes), siendo éste un resultado elevado.

El 69.86% de los pacientes presentaron más de un hábito con lo que concluimos que la mayoría de los hábitos bucales nocivos no se presentan aislados

El hábito que se presentó con mayor frecuencia fue el de respiración oral, y por lo general este hábito se manifestó en conjunto con algún otro hábito; por lo cual se justifica la creación de una clínica integral de atención a estos pacientes en la que intervengan otros Servicios como Psicología, Pediatría, Otorrinolaringología, Neurología, Foniatría, Trabajo social, Ortodoncia, Alergia y Neumología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- <sup>1</sup> Diccionario médico. 4ª edición reimpresión 1999. Editorial Masson. Barcelona. Página 295.
- <sup>2</sup> Águila, J., y otros. Prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños de 3 a 5 años de Ciudad de La Habana. Rev Cub Est 1980; 17:137-42.
- <sup>3</sup> Cheirif, S., Rajunov, S., Análisis de los hábitos orales. Adm. 1980; 2: 95-8.
- <sup>4</sup> Morban Laucer, F., Los hábitos orales en el niño y sus traumas psicológicos. Acta odontol pediat. 3(1): 5-11, 1982.
- <sup>5</sup> Josell S. Habits affecting dental and maxillofacial growth and development. Dental Clinics of North America. 1995; 39: 851-60
- <sup>6</sup> Peterson J., Scheider P., Oral habits. A behavioral approach. Pediatric Clinics of North America. 1991; 38: 1289-305.
- <sup>7</sup> Shetty S., Munshia, Oral habits in children – a prevalence study. J. Indian Soc Pedod prev dent. 1998; 16:61-6.
- <sup>8</sup> Ozaki M., Ishii K, Ozaki Y., Hayashida H., Motokawa W. Psychosomatic study on the relation between oral habits and personality characteristics of the children in a mountain village. Shoni Shikagaku Zasshi, 1990; 28:699-709.
- <sup>9</sup> Foster L., Nervous habits and stereotyped behaviors in preschool children. J. Am acad child adolesc psychiatry. 1998; 7: 711-7
- <sup>10</sup> Maguire Ja., The evaluation and treatment of pediatric oral habits. Dent Clin North Am. 2000; 44: 659-69.
- <sup>11</sup> Woods D., Murray L. Fuqua R., Boyer L., Siah A., Comparing the effectiveness of similar and dissimilar competing responses in evaluating the habit reversal treatment for oral-digital habits in children. J behav ther exp psychiatry 1999; 30:289-300.
- <sup>12</sup> Gavish A., Halachmi M., Winocur E., Gazit E., Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents girls. J Oral Rehabil; 2000: 22-32.
- <sup>13</sup> Zagarra, J., Los hábitos orales. Rev. Fed. Odont. Col. 1972; 102: 29-36.
- <sup>14</sup> Ureña J., Los hábitos orales y el desarrollo facial. Práctica Odontológica. 1992; 13:51-3.
- <sup>15</sup> Agresti A. An introduction to categorical data analysis. Wiley & Sons, New York, 1996
- <sup>16</sup> Onyeaso C, Sote E, Prevalence of oral habits in 563 Nigerian preschool children age 3 – 5 years. Niger Postgrad Med J 2001; 8: 193-5.

---

<sup>17</sup> Restrepo C, Alvarez E, Jaramillo C, Velez C, Valencia C, Effects of psychological techniques on bruxism in children with primary teeth. J Oral Rehabil 2001; 4: 354-60

<sup>18</sup> Winocur E, Gavish A, Finkelshtein T, Halachmi M, Gazit E, Oral habits among adolescent girls and their association with symptoms of temporomandibular disorders. J Oral rehabil. 2001; 7:624-9

<sup>19</sup> Ward H, Rosov H, Tooth mutilation-old and new. Bull hist dent. 1971; 2: 44-9

<sup>20</sup> Garcia-Godoy F, The process of dental eruption and asociated conditions. Acta odontol pediatri 1981; 1: 1-4

<sup>21</sup> Popovich F, The prevalence of sucking habit and its relationship to malocclusion. Oral health 1967; 7: 498-9

