



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS,
COMUNA DE ÑUÑO A, AÑO 2013**

JUDITH FUENTES CÉSPEDES
FRANCISCA GÁLVEZ BRAVO

Tesis presentada a la Facultad de Odontología para optar al título de Cirujano Dentista

Profesor Guía: Dra. Patricia Moya R.

Santiago, Chile

2013

A mis amores del alma:

Alejandra Ortúzar y Francis Ortúzar

*Por toda su paciencia, comprensión,
y amor entregado en todos estos años de estudios.*

Judith Fuentes Péspedes.

A mi hermosa familia:

*Por su constante apoyo y entrega incondicional
durante cada día de mi vida. Los amo.*

Francisca Gálvez Bravo.

Agradecimientos:

A la Dra. Patricia Moya, por su excelente disposición, tiempo y paciencia en el desarrollo de la presente investigación. Gracias por incentivarnos, darnos las energías positivas y ver que todo se puede lograr si realmente lo creemos, y por hacernos ver las cosas complejas de una manera más simple.

Al Dr. David Rodríguez por su apoyo incondicional, brindado durante todos estos largos años y la confianza que depositó en nosotras. Gracias por hacernos ver que siempre contábamos con Usted y por estar presente durante nuestro proceso de crecimiento como futuras profesionales y mejores personas.

A la Dra. Biggini por su apoyo incondicional en todo el proceso de nuestra formación. Gracias por todos los conocimientos entregados y compartidos con cariño de una forma desinteresada.

A la Dra. Mendoza por su buena disposición, que nos permitió recolectar la muestra para nuestra investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	
INTRODUCCION	1
MARCO TEÓRICO	3
OBJETIVOS	17
- Objetivo General	17
- Objetivos Específicos	17
METODOLOGÍA	18
1. Diseño del estudio	18
2. Universo y muestra	18
- Criterios de inclusión	18
- Criterios de exclusión	19
- Tamaño de la muestra	19
- Muestreo	19
3. Variables	19
- Sexo	20
- Edad	20
- Presencia de hábitos orales	20

- Tipo de hábito oral	20
- Edad de la madre	21
- Trabajo	21
- Nivel educacional de la madre	21
4. Técnicas de recolección de datos	21
- Contacto con el centro de salud	21
- Contacto con jardines infantiles	21
- Registro de la información	22
- Datos de la madre y/o tutor	23
- Examen clínico	23
- Medidas de higiene y seguridad del paciente	23
- Aspectos éticos	23
5. Análisis e interpretación de los datos	24
6. Cronograma	25
RESULTADOS	26
I) Distribución de la muestra estudiada	26
Tabla 1: Distribución de la muestra según Jardín Infantil. Ñuñoa, año 2013.	26
Tabla 2: Distribución de la muestra según sexo. Ñuñoa, año 2013.	27
Tabla 3: Distribución de la muestra según edad. Ñuñoa, año 2013.	27

II) Frecuencia de hábitos orales	27
Tabla 4: Frecuencia de hábitos orales en niños. Ñuñoa, año 2013.	28
Tabla 5: Frecuencia de hábitos orales según sexo. Ñuñoa, año 2013.	28
Tabla 6: Distribución de las frecuencias de tipo de hábitos orales según edad. Ñuñoa, año 2013.	29
III) Tipo de hábitos orales	29
Tabla 7: Distribución de las frecuencias de tipo de hábitos orales según edad. Ñuñoa, año 2013.	30
IV) Factores asociados a hábitos orales	31
Tabla 8: Regresión logística.	31
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	36
SUGERENCIAS	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	
Anexo 1: Carta para contacto con el Centro de Salud de Ñuñoa, Santiago, 2013.	
Anexo 2: Contacto con Jardines Infantiles de la Comuna de Ñuñoa, Santiago, 2013.	
Anexo 3: Ficha de evaluación a niños/as.	
Anexo 4: Encuesta a padres y/o tutores del niño/a.	
Anexo 5: Consentimiento informado para padres y/o tutores del niño/a.	

Anexo 6: Documento de aprobación del ante-proyecto de investigación por parte del Comité de Bioética de la Universidad Finis Terrae, 31 de Mayo del 2013.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue conocer la frecuencia de hábitos orales en 467 niños (as) de dos a cuatro años de edad, que asisten a seis jardines infantiles en la comuna de Ñuñoa, durante los meses de Junio y Julio del 2013. Como criterio de inclusión, se solicitó a los padres y/o tutores del niño (a), responder una encuesta y la firma del consentimiento informado.

La tasa de respuesta fue del 70%. El 93,88% de los niños(as) presentó algún tipo de hábito oral como son: interposición lingual en fonarticulación (75,84%), succión de mamadera (67,28%), dedo (37,92%), objetos (34,56%), chupete (29,36%), interposición lingual en deglución (52,6%) y en reposo (25,08%). En menor frecuencia se presentó la onicofagia (22,63%) y respiración bucal (9,17%). A mayor edad del niño, la frecuencia de hábitos disminuye (0,0001). No se observó diferencias estadísticamente significativas al relacionar los hábitos orales con edad de la madre, trabajo y nivel educacional.

La elevada frecuencia de hábitos orales observada en los niños(as) de dos a cuatro años indica que, si persisten en el tiempo resultarán nocivos para la salud oral, lo que a su vez, sugiere la necesidad de educar al binomio madre-hijo a partir de la gestación y en los primeros años de vida. Esta responsabilidad hoy en día está asignada al equipo de salud, principalmente al odontólogo a través del cumplimiento de la Garantía Explícita en Salud (GES), para las gestantes.

INTRODUCCIÓN

En Chile, la tercera patología odontológica más prevalente son las anomalías dento-maxilares y la causa de su aparición se debe a múltiples factores entre los que destacan los malos hábitos orales. Los malos hábitos orales pueden alterar el normal desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dento-esqueletales, además de problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas (respiratorio, digestivo) y de aprendizaje.

Existen múltiples factores asociados al crecimiento y desarrollo orofacial de los niños. Dentro de éstos, la presencia o ausencia de malos hábitos orales, determinan que puedan o no existir diversas alteraciones en las estructuras orales. En la dentición temporal se observa con relativa frecuencia anomalías de oclusión relacionadas con malos hábitos orales, las cuales pueden ser precozmente identificadas y eliminadas.

Durante el desarrollo oclusal, desde la erupción del primer diente temporal hasta el término de la erupción de los permanentes (sin considerar a los terceros molares), pueden producirse anomalías transitorias de oclusión o problemas ortodóncicos, los que deberán ser evaluados a tiempo a fin de planificar indicaciones terapéuticas en momentos oportunos considerando los distintos estadios del desarrollo de la oclusión.

En el control de niño sano, el conocimiento y detección de hábitos orales debe ser considerado como parte fundamental del examen, si se quiere prevenir alteraciones de la oclusión, fonoarticulación, deglución, estética, autoestima y relación con sus pares. El odontólogo juega un rol importante en la educación de la madre sobre hábitos orales, estrategia considerada en el componente educativo de la Garantía Explícita en Salud (GES) “Atención Odontológica Integral de la Gestante”.

El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de hábitos orales en niños y niñas de dos a cuatro años de edad que asisten a los jardines infantiles de la comuna de Ñuñoa y que están inscritos en el Consultorio Salvador Bustos. Se pretende generar evidencia válida que permita aportar en la priorización de los problemas de salud de la comuna y en la mejora de las estrategias educacionales existentes sobre el tema.

MARCO TEÓRICO

Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser dedo, chupete, mamadera o labio, entre otros, la respiración bucal, y la interposición lingual en reposo, en deglución y en fonoarticulación.⁽¹⁾

Los hábitos pueden clasificarse en dos grupos: beneficiosos y perjudiciales. Los hábitos beneficiosos o funcionales son aquellos cuya práctica, de una función normal realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal. La masticación, deglución y respiración normal, constituyen ejemplos de hábitos beneficiosos o funcionales. En cambio, los hábitos perjudiciales o deletéreos, son los que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.⁽³⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶⁾

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzca una deformación ósea.⁽¹⁾

Otras veces se agrega a ello fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos, el chupete, todas

alteraciones que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden tales como, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje. ⁽¹⁾

El mal hábito no es el factor causal de anomalías de oclusión, pero actúa como desencadenante a través de la función muscular anormal de la lengua, labios y mejillas. Los efectos más comunes de malos hábitos son la mordida abierta anterior con un arco superior estrecho; mordida cruzada unilateral; mordida invertida anterior o forzada. ⁽⁹⁾

El grado de severidad de la deformación orofacial que puede ser provocado por los malos hábitos, dependerá fundamentalmente de tres factores a considerar: a) La edad en que éste se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable o modificable; b) El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito y la intensidad; y c) La frecuencia de éste, es decir el número de veces al día. Por tanto, el grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del mal hábito, como así también de las características biotipológicas del paciente. ⁽⁵⁵⁾

Si se actúa de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el mal hábito antes de los 3 años de edad, los problemas pueden corregirse espontáneamente. ⁽⁵⁵⁾

Los niños, en particular, practican estos malos hábitos como una forma de atraer la atención debido a que se pueden encontrar expuestos a un entorno familiar violento, a la

falta de atención de los padres, falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar. ⁽⁵²⁻³⁴⁾

La importancia de esto para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan los dientes entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. ⁽⁵²⁻³⁴⁾

Uno de los hábitos bucales que puede llegar a provocar alteraciones dento-maxilares es la succión. La succión es una función que está codificada genéticamente para alimentar al bebé durante los primeros meses de vida, pero está destinada a extinguirse progresivamente a medida que el niño adquiere nuevas habilidades para alimentarse, alrededor de los seis meses de edad. La salivación abundante y la aparición de los primeros dientes, son signos evidentes del comienzo de la extinción de la succión como única forma de alimentarse y madurez funcional de las estructuras bucales. ⁽¹⁰⁾

La necesidad fisiológica de succión cesa entre los nueve y doce meses, ⁽¹⁰⁾ la psíquica en cambio, permanece por un tiempo, cuando el niño se siente infeliz, agotado o somnoliento, ya que son situaciones en que regresa a su nivel de desarrollo previo. Sin embargo, diferentes autores consideran que el cese normal del hábito de succión varía entre los 18 y 24 meses. ⁽¹¹⁻¹²⁻¹⁷⁾ La succión, desde el nacimiento hasta los 2 años de edad se considera normal, asociándose a un mal hábito cuando persiste estando las piezas temporales en boca, con la consecuente ruptura del equilibrio entre los músculos que rodean la boca, la lengua y los dientes. ⁽¹⁾

Se ha observado en investigaciones realizadas en Suecia, que la succión prolongada de pacificadores (niños que succionan chupete la mayor parte del día), se relaciona muchas veces con niños que han desarrollado la capacidad de hablar sin remover el pacificador de sus bocas y con ello un problema evidente de expresión. ⁽²⁰⁾

Un gran número de niños mayores de 2 años mantiene su hábito de succión. La mamadera es considerada por los padres una forma cómoda, rápida y limpia de alimentación, incluso para el escolar. Sin embargo, al igual que el chupete de entretención o la succión del pulgar después de los 24-30 meses, facilitan la instalación de diferentes anomalías de oclusión cuya gravedad dependerá de la forma, intensidad, tiempo y frecuencia con que el niño practique su mal hábito. ⁽⁹⁾ En variados estudios se ha comprobado que la succión de dedo, mamadera o chupete, puede ser la causante de malformaciones dento-esqueletales ⁽²⁻³⁾ y que éstas pueden ser revertidas si el mal hábito es eliminado entre los 4 y los 6 años de edad. ⁽⁴⁻⁵⁾ Con frecuencia la eliminación del hábito de succión es suficiente para una autocorrección. Si la anomalía persiste, y se traspa a la dentición permanente, sólo podrá ser corregida por un tratamiento especializado, con el costo económico que esto involucre. ⁽⁹⁾

Existe riesgo atribuible de ataques de otitis media asociado a pacificadores. Además se dice que un pacificador podría causar bloqueo mecánico de la nasofaringe elevando el paladar blando, deteriorando de esta forma la función de la trompa de Eustaquio. ⁽²¹⁾ Se ha demostrado que durante los tres primeros años de vida, el daño de la oclusión sólo se limita en un 70% al segmento anterior, por una inhibición del crecimiento vertical de la porción anterior de las apófisis alveolares; ⁽²²⁾ este daño generalmente es temporal, siempre que el niño no presente alteraciones esqueléticas. ⁽²³⁾ Numerosos estudios sobre prevalencia de anomalías dentomaxilares en dentición temporal, coinciden que la más frecuente es la mordida abierta, ⁽²⁴⁻²⁵⁾ precisamente por el hábito de succión de chupete, mamadera, dedo o lápiz. Esta mordida abierta muestra un contorno circular, mientras la causa dada por interposición lingual es más difusa y de forma rectangular. Se ha observado que todas las

mordidas abiertas están acompañadas de interposición lingual. ⁽²⁶⁾ Ésta es de tipo secundaria pues acompaña a una condición morfológica preexistente creada por la succión digital o de pacificadores. A menudo se observa también una mordida cruzada posterior uni o bilateral asociada (30%) o no a la mordida abierta (7%), ⁽²⁷⁾ debido al incremento de la actividad muscular de las mejillas combinada con la falta de soporte y presión lingual sobre los caninos y molares temporales, ya que la lengua es desplazada hacia atrás y hacia abajo ante la presencia del pacificador en la cavidad oral. Debido a todas las alteraciones antes mencionadas en los sistemas respiratorio, auditivo, estomatognático y del lenguaje que por su carácter progresivo (se agravan en el tiempo), se hace necesaria la detección temprana del mal hábito oral. La educación tanto de los padres como de los profesionales, en un tratamiento interceptivo de corta duración y bajo costo económico, son las herramientas fundamentales que tiene el odontólogo general para constituir un aporte a la Salud Pública. ⁽²²⁾

La respiración, succión y deglución son una función refleja inherente. Bosma y cols., han analizado la respiración en el lactante y han encontrado que la respiración silenciosa se lleva a cabo principalmente por la nariz, con la lengua próxima al paladar obturando la vía bucal. En estado de reposo, está colgada del paladar anterior y actúa como una potente fuerza de tracción y vacío, que es capaz de mantener suspendido todo el complejo mandibular en la posición adecuada dejando de esta forma despejada el área posterior. Esta fuerza de vacío, mantiene la amplitud necesaria de la zona orofaríngea para permitir la respiración normal y eficiente. ⁽¹³⁾

La respiración bucal corresponde a la respiración que el niño efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz. Permanece con su boca abierta durante el día y generalmente por la noche. Sin embargo, la respiración bucal propiamente tal, es sumamente rara ya que generalmente cuando se obstruye la nariz se utilizan ambas vías para respirar, generándose un patrón de respiración buco-nasal. ⁽¹⁾

Un niño se puede transformar en un respirador bucal, cuando la succión ha producido una alteración dentomaxilar como la mordida abierta, alterando forma, función y estética, pudiendo provocar que el niño se transforme en un respirador bucal permanente, disminuyendo por lo tanto el aporte de oxígeno, adoptando una mal posición postural compensatoria, falta de desarrollo del tercio medio de la cara por la inexpansión de los senos maxilares y alteración del lenguaje por posición lingual incorrecta, ya sea en reposo y/o en fonarticulación, desarrollando lo que se conoce como Síndrome del respirador bucal.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

En el caso de la respiración bucal, el paso del aire por la vía nasal puede ser obstruido por: desviación del tabique nasal, congestión nasal por gripes frecuentes y prolongadas, rinitis alérgicas, adenoides hiperplásicas, y la falta de aseo nasal. La respiración bucal se considera un mal hábito cuando persiste una vez que es superado el problema de obstrucción nasal. Las alteraciones que pueden producir la respiración bucal mantenida a través del tiempo son: alteración del cierre labial, alteraciones dentarias y maxilares, predisposición a enfermedades respiratorias y alteraciones corporales.⁽⁶⁾

Las manifestaciones clínicas del Síndrome de la respiración bucal, producen tanto alteraciones locales a nivel del crecimiento y desarrollo del sistema cráneo-cérvico-mandibular, (que incluye los músculos masticatorios, hioides, sistema labio-lengua-mejilla, columna cervical, articulación temporomandibular, cara, mandíbula y sistema nervioso),⁽²⁹⁾ como alteraciones generales a nivel corporal, trastornos de lenguaje y trastornos intelectuales.⁽³⁰⁾

Localmente, se observan alteraciones faciales como la facie adenoidea, que se caracteriza por hipodesarrollo de los huesos propios de la nariz, narinas estrechas, ojeras, piel pálida, boca abierta, labios agrietados y resecos, con presencia de fisuras en las

comisuras e incompetencia labial. Además, se pueden observar alteraciones bucales como la mordida abierta anterior con o sin interposición lingual, mordida profunda y mordida cruzada posterior, uni o bilateral, paladar profundo y estrecho, presencia de hábitos secundarios (deglución infantil, succión labial) y gingivitis crónica. También trastornos del lenguaje y la voz como: dislalias sustituyendo las letras "M" por "B" y "N" por "D", timbre de voz alterado con resonancia nasal exagerada y rinolalia. ⁽¹⁾

Como manifestaciones generales, se encuentran alteraciones corporales como: "Pectus excavatum" y "escápulas aladas" (estas dos características se deben a una falta de desarrollo torácico en sentido antero posterior), tórax estrecho, cifosis (dorsal), lordosis lumbar, genu valgo y pie plano. ⁽¹⁾

Fisiológicamente desarrollan: Hiposmia o anosmia, hipoacusia por desplazamiento del cóndilo al mantener la boca abierta (la onda sonora se hace débil), anorexia falsa (come mal por la dificultad de coordinar la respiración con la masticación al momento de tragar), trastornos del sueño caracterizados por mal dormir, sueño agitado y ronquido. También se asocia a trastornos intelectuales porque se genera una disminución crónica de la PO₂ en un 5% y secundariamente baja la oxigenación cerebral. Esto se traduce en apatía, disminución de la actividad voluntaria, trastornos de la memoria, disminución de la capacidad para fijar atención y cansancio crónico (asociado además a los trastornos del sueño). ⁽¹⁾

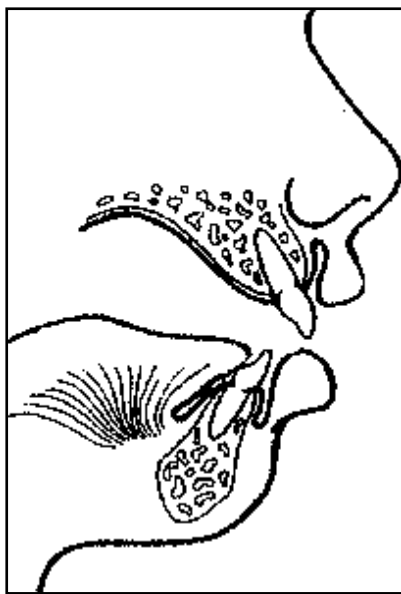


Figura 1: Niño respirador bucal: Labio superior corto: el niño muestra casi toda la superficie de los dientes constantemente. Labio inferior se torna grueso y evertido. Ref: Cádiz, O. Unidad 6, U. Chile, Of. Educación Odontológica, "Detección de Malos Hábitos". Texto de Autoenseñanza, 1985. Con permiso del autor. ⁽¹⁾

Un estudio observó las causas que producen respiración bucal, que se dividen en obstructivas y funcionales. Dentro de las causas obstructivas se encuentran las adenoides o hipertrofia adenotonsilar (39%), rinitis alérgica (34-49%), desviación del tabique nasal (19%), hipertrofia idiopática de cornetes (12%), rinitis vasomotora (8%) y por último, pólipos y procesos tumorales. Las causas funcionales se producen por la persistencia de la respiración bucal una vez corregida la causa obstructiva que condicionó este tipo de respiración, y que el paciente la mantuvo a través del tiempo a pesar de haber desaparecido la causa obstructiva inicial. ⁽²⁸⁾

Otro estudio, en la población del área sur oriente de Santiago realizado en 1999, determinó una prevalencia del 15% de respiración bucal por mal hábito en niños entre 3 y 6 años. ⁽¹⁾

Otro hábito oral a considerar, es la interposición lingual. En condiciones normales, la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar, mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores. En cambio, cuando existe interposición lingual, la lengua se ubica entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos), o entre los sectores laterales (a nivel de molares). Puede ser observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación.

En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y mal posición dentaria. ⁽⁷⁻⁸⁾

En la interposición lingual en deglución, cabe mencionar que la deglución se manifiesta desde muy temprano. A las seis semanas de gestación ya hay manifestaciones de actividad deglutoria. En el recién nacido la lengua está en posición postural de succión hacia delante y parece relativamente grande. La punta de la lengua toma parte en el sellado labial anterior, insertándose en las almohadillas gingivales. Esta posición de la lengua y su correspondiente deglución es denominada deglución infantil o visceral. ⁽¹¹⁾ Durante el segundo semestre del primer año de vida, el reflejo deglutorio comienza a modificarse por el cambio de alimentación de líquida a semisólida o sólida y por la erupción dentaria. Este período entre seis a doce meses de edad se denomina de transición y está condicionado fundamentalmente por la maduración neuromuscular, el cambio en la postura de la cabeza y el efecto gravitacional de la mandíbula. Existen movimientos de apertura y cierre más precisos, una postura lingual más retruida y se inicia el aprendizaje de la masticación. ^(12,11) Hay factores que, ya sean juntos o separados, causan la persistencia de la deglución infantil, a saber: la succión digital, alimentación por medio de mamadera, succión de pacificadores, succión lingual, respiración bucal o un retardo en el desarrollo atribuible al sistema nervioso central. ⁽¹⁴⁾ El uso de pacificadores orales (chupetes) se ha convertido hoy en una

práctica universal sin distinción de nivel socio-económico y cultural y su uso es frecuente en países desarrollados. ⁽¹⁵⁾ Aunque estos aparatos logran tranquilizar al niño, ⁽¹⁶⁾ existen una serie de desventajas asociadas al uso de chupetes, que los padres, cuidadores y muchas veces el equipo de salud ignoran. Ejemplo de ello son: el acortamiento del período de lactancia y alteraciones en el crecimiento y desarrollo normal del niño. ⁽¹⁰⁾

Durante la vida existen dos patrones de deglución relacionados con el tipo de alimentación que determinan la posición lingual en deglución anteriormente mencionados, 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; y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes temporales (aproximadamente a los 8 meses de edad), en que 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. ⁽⁴²⁻⁴³⁾

La mantención de la deglución infantil después de erupcionar los dientes, se considera anormal denominándose interposición lingual en deglución, 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"; y al separarse los labios y pedir al niño que trague, se podrá observar la interposición lingual entre ambas arcadas dentarias. ⁽¹⁻⁴²⁻⁴³⁾

En la actualidad la controversia continúa y la disparidad de criterios se refleja a partir de la interpretación de la deglución como un mecanismo que se repite en los individuos normales entre 800 y 1.000 veces diarias. ⁽⁴²⁻⁴³⁾

Las fuerzas que se generan durante esta función, en pacientes con hábitos orales de interposición lingual en deglución, son suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares, sin llegar a ser responsables de alteraciones esqueléticas. Esta interferencia en el desarrollo normal estimula o modifica la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, lo que puede incidir en la génesis de mordidas abiertas y cruzadas anteriores y / o laterales, inhibición de la erupción de uno o varios dientes, vestibulo o linguoversiones y protrusión dentoalveolar. ⁽⁴³⁾

La voz es producto de la movilización del aire procedente de los pulmones al pasar el aire por las cuerdas vocales. La voz es modulada de manera de producir una serie de sonidos y fonemas conocidos como “vocales” y “consonantes”, que combinados en forma adecuada forman las palabras. La emisión de la voz y los fenómenos relativos a la formación de las palabras es lo que se denomina fonarticulación, siendo éste un acto dinámico de una complejidad extraordinaria, que involucra actividades fisiológicas y psicológicas del individuo, y exige una elaboración intelectual. Es una actividad motriz compleja formada por: inteligencia, memoria, mecanismos aprendidos y automáticos, y que necesariamente implica un adecuado crecimiento y desarrollo de las estructuras que intervienen en este proceso. Las palabras representan ideas y son la base del idioma, siendo las palabras, por consiguiente, la expresión más acabada del lenguaje. ⁽⁵⁶⁾

La fonarticulación es de extraordinaria importancia puesto que, además de permitir la comunicación con nuestro medio ambiente que nos rodea, nos confiere la posibilidad del desarrollo de nuestro pensamiento y conciencia reflexiva humana. ⁽⁵⁶⁾

Es importante señalar que todas aquellas estructuras utilizadas en la fonarticulación tienen además otras funciones que se consideran primordiales y que

preceden a la del lenguaje, como por ejemplo: la respiración, la deglución y la masticación. En consecuencia, cualquier trastorno de estas funciones afectará a la fonoarticulación. ⁽⁵⁷⁾

Según Segre, ⁽⁵⁸⁾ la fonoarticulación se realiza a través de la acción coordinada de cinco sistemas: Sistema de soplo aéreo, de emisión, de resonancia, de articulación y nervioso. La articulación es el proceso mediante el cual se determinan las características acústicas específicas de las diferentes vocales y consonantes, lo cual se lleva a efecto por medio de los movimientos de los labios, la lengua, la mandíbula y los mecanismos palatofaríngeos. Malposiciones dentarias, existencia de diastemas, ausencia de piezas dentarias, relaciones máxilomandibulares anómalas, labio leporino, fisuras palatinas, factores emocionales, falta de estímulo, etc., pueden determinar trastornos en la articulación de los fonemas. La lengua (punta y dorso, partes activas) y el velo del paladar, son las estructuras más importantes en la articulación de los fonemas. ⁽⁵⁷⁾

El lenguaje puede ser defectuoso o perderse por una serie de causas como incoordinación de los sistemas neuromusculares, anomalías adquiridas de los órganos de la fonoarticulación (hábitos orales), entre otros. ⁽⁵⁹⁾

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 lingual en fonoarticulación, se presenta especialmente en la emisión de los fonemas “D, T, 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 sólo a medida que aprenda a colocarla bien y a lograr mejor control de los movimientos finos de ésta. ⁽¹⁾

Algunos investigadores (*Pullen 1927, Andrew 1963, Hopkin 1967, Mc Ewan 1959, Jaron y Jann 1962, Baker, Persa 1954, Kortsch 1965 Rose, Guardo 1960, y Mollin 1974*), consideran que la lengua es un factor deformante potente y causa de mal oclusión. (38-39). Por otra parte, una de las escuelas de pensamiento (*Ballard 1965, Tulley 1969, Milac 1970, Frankel 1966, Subtelny y Sakuda 1964, Tenenbaum y Berman 1971*), sostiene que la interposición lingual es un efecto y no produce ninguna anomalía, por lo que generalmente aparece como un fenómeno de adaptación. (40-41)

La onicofagia viene del griego onyx (uña) y phagein (comer), se trata de un impulso inevitable, (31) de “morderse o roerse” con los dientes varias o todas las uñas de los dedos de las manos (32) pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones: verrugas periungueales, padrastrós, infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral, alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión, astillamiento y malposición. (33) Es un hábito perjudicial que afecta gravemente y a medida que el niño crece debe desprenderse de la práctica de estos hábitos. (34)

Se caracteriza por dos formas distintas: onicofagia leve, descrita como forma cruda de “auto-aseo” (35) que, como hábito, puede ser un modo de mejorar estéticamente controlando la longitud del largo de las uñas (32) y la onicofagia grave, descrita como “auto-daño” y definida como mordida más allá del borde libre de la uña, por debajo del margen de los tejidos blandos, (35) con un patrón de daño importante como dolor, sangrado e infecciones, donde sus consecuencias son poco estéticas y saludables, (32) lo que también se puede clasificar como una libre mutilación ya que se trata de un acto deliberado. (36)

Si bien, la onicofagia no está incluida hasta hoy en una clasificación diagnóstica alguna, (34) ya que no hay ninguna categoría para una serie de trastornos de hábitos prevalentes como morderse las uñas, sólo puede ser clasificado como un “trastorno de

control de impulsos no especificados”,⁽³⁷⁾ incluyendo esta conducta como un hábito nervioso, que ocurre como consecuencia de un trastorno psicológico o de crisis en donde el síntoma más asociado con este comportamiento ha sido un elevado nivel de ansiedad.⁽³⁵⁾

Para solucionar el problema de los malos hábitos orales, es necesario un trabajo en equipo de diversos profesionales (dentista, pediatra, otorrinolaringólogo, psicólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, enfermera, profesor), en donde específicamente los pediatras, juegan un rol de vital importancia en la detección de los malos hábitos orales en sus inicios, ya que controlan a los niños en sus primeros años, como también que expliquen y eduquen a los padres y/o tutores, sobre la importancia de eliminarlos en forma temprana. Si ya existen alteraciones en la oclusión y/o el desarrollo dentofacial de los niños, los pediatras pueden observar algunos signos de estas mal oclusiones y derivar al odontólogo para interceptarlas, quienes tendrán muy en cuenta que los maxilares mantendrán un desarrollo armónico, mientras el paciente mantenga hábitos orales considerados fisiológicos.⁽⁵⁵⁾

Es importante que los programas educativos hacia la salud oral involucren conocimientos acerca de estas implicaciones y que hagan conciencia en los niños siendo imprescindible contar con la participación activa de éstos.⁽⁵⁵⁾

Investigaciones extranjeras, han estudiado la prevalencia de cada mal hábito en particular (succión de dedo, succión de chupete, respiración bucal, etc.), pero no en forma global. Los estudios chilenos al respecto son escasos,⁽⁴⁴⁾ es por ello, que consideramos importante realizar un estudio preliminar de la frecuencia de malos hábitos orales en niños en dentición temporal.⁽⁵⁵⁾

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer la prevalencia de hábitos orales en niños de 2 a 4 años que asisten a jardines infantiles de la comuna de Ñuñoa durante Junio y Julio del 2013.

Objetivos específicos:

1. Determinar frecuencia de hábitos orales en niños (as), según sexo y edad.
2. Determinar frecuencia del tipo de hábito oral, según edad.
3. Relacionar factores asociados de la madre con frecuencia de hábitos orales.

METODOLOGÍA

1. **Diseño del estudio:** Estudio Observacional, Descriptivo, Transversal.
2. **Universo y muestra:** La población a estudiar corresponde a niños y niñas de dos a cuatro años de edad que asisten a los Jardines Infantiles Girasol, Hellen Keller, Licanray, Mundo Maravilloso, Pimpilín, y Campanita de la comuna de Ñuñoa y que están inscritos en el Consultorio Salvador Bustos. El total es de 467 niños(as).

Muestra: La muestra correspondió a todos los niños y niñas de dos a cuatro años de edad que asistan regularmente a los jardines infantiles Girasol, Hellen Keller, Licanray, Mundo Maravilloso, Pimpilín y Campanita de la comuna de Ñuñoa.

Criterios de inclusión:

- Niños(as) de dos a cuatro años de edad que asisten regularmente a los jardines infantiles Girasol, Hellen Keller, Licanray, Mundo Maravilloso, Pimpilín y Campanita de la comuna de Ñuñoa durante los meses de junio y julio del 2013.
- Niños(as) de dos a cuatro años de edad que presenten firmado el documento de consentimiento informado al momento del examen.
- Niños(as) de dos a cuatro años de edad que entreguen completa la encuesta dirigida a los padres y/o tutores.

Criterios de exclusión:

- Niños y niñas de dos a cuatro años de edad que presenten mal comportamiento y/o no permitan la evaluación.

- Niños y niñas de dos a cuatro años de edad que por razones de salud no se puedan realizar la evaluación (enfermedades respiratorias crónicas, asma, amígdalas hiperplásicas, malformaciones congénitas como fisura labio velo-palatina y alteraciones genéticas como Síndrome de Down).

Tamaño de la muestra: Para determinar el tamaño muestral, se utilizó como referencia la prevalencia de malos hábitos reportada por Agurto y cols⁽¹⁾ realizada en niños de 3 a 6 años de edad en el área oriente de Santiago. Ésta fue de 66%.

La muestra mínima recomendada es de 314 niños con un nivel de confianza del 97% y un 3% de error. Se planteó la posibilidad de aumentar el tamaño muestral en un 5% dado que la evidencia reporta una baja tasa de respuesta de encuestas por parte de los padres y/o tutores.

Muestreo: Fueron incluidos en el estudio, todos aquellos niños/as que aceptaron participar, por lo que el tipo de muestreo fue no probabilístico, voluntario.

3. **Variables:** Las variables estudiadas se clasificaron en dos:

- Variables relacionadas con el niño(a):
 - Sexo
 - Edad
 - Hábitos orales (Presencia y Tipo)
- Variables relacionadas con la madre del niño(a):
 - Edad
 - Trabajo
 - Nivel educacional

Cuadro resumen. Variables relacionadas con el niño(a)

Variable	Definición	Dimensión	Instrumento e indicador
Sexo	Especialización de organismos en variedades masculina y femenina.	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	Ficha clínica Hombre: 1 Mujer: 2
Edad	Tiempo de existencia de las personas estratificada en años.	<ul style="list-style-type: none"> • En años 	Ficha clínica v. continua
Presencia de hábito oral	Costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto de modo inconsciente.	<ul style="list-style-type: none"> • No Presenta • Presenta 	Examen clínico No Presenta: 0 Presenta: 1
Tipo de hábito oral	<p><u>Succión</u>: Función que está codificada genéticamente para alimentar al bebé durante los primeros meses de vida, pero está destinada a extinguirse progresivamente a medida que el niño adquiere nuevas habilidades para alimentarse.</p> <p><u>Interposición lingual</u>: Ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en zona anterior o entre los sectores laterales. Observada en reposo y/o durante las funciones.</p> <p><u>Onicofagia</u>: Acto de morderse las uñas.</p> <p><u>Respirador bucal</u>: Respirar por la boca al no existir obstrucción nasal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Succión de dedo • Succión de mamadera • Succión de chupete • Succión de objetos • Interposición lingual en reposo • Interposición lingual en deglución • Interposición lingual en fonarticulación • Onicofagia • Respirador bucal 	Examen clínico y encuesta a padres o tutores del niño/a No Presenta: 0 Presenta: 1

Cuadro resumen. Variables relacionadas con la madre del niño(a)

Edad de la madre	Tiempo de existencia de las personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	Encuesta a padres o tutores del niño/a
Trabajo de la madre	Labor que desempeña una persona a cambio de remuneración.	<ul style="list-style-type: none"> • No Trabaja fuera de casa • Trabaja fuera de casa • Trabaja a veces fuera de casa 	Encuesta a padres o tutores del niño/a No Trabaja fuera de casa: 0 Trabaja fuera de casa: 1 Trabaja a veces fuera de casa: 2
Nivel educacional de la madre	Desarrollo de actitudes y habilidades mediante la incorporación de elementos nuevos.	<ul style="list-style-type: none"> • Básica • Media • Técnica • Superior 	Encuesta a padres o tutores del niño/a Básica: 1 Media: 2 Técnica: 3 Superior: 4

4. Técnicas de recolección de datos.

Contacto con el centro de salud: Se tomó contacto con la Dra. Paula Mendoza. Encargada del programa odontológico del Consultorio Salvador Bustos comuna de Ñuñoa, para exponer la posibilidad de realizar el trabajo de investigación durante la estadía como alumnas internas y cuáles son los objetivos del estudio en los jardines infantiles durante los meses de Junio y Julio. (Ver Anexo 1).

Contacto con jardines infantiles: Se solicitó una reunión con la dirección de los seis Jardines Infantiles de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), pertenecientes a la Comuna de Ñuñoa en Santiago: Girasol, Hellen Keller, Licanray, Mundo Maravilloso, Pimpilín y Campanita. (Ver Anexo 2)

Registro de la información: Se confeccionó una ficha para el registro de datos por los investigadores (Ver Anexo 3), donde se consignaron las variables a estudiar.

Se registró como succión de dedo cuando el niño/a presentó dedo extremadamente limpio, deforme o con callosidades.

Se registró como succión de mamadera, chupete u otro objeto cuando el niño relató al examinador el uso de éstos.

Para determinar la presencia de interposición lingual en reposo, se puso al niño/a sentado/a en 90° en una silla y se observó la ubicación de la lengua en forma inactiva entre los dientes o los labios; en deglución, se le pidió al niño/a que trague saliva y se observó si fruncía los labios haciendo una mueca, además se le pidió que trague saliva al tiempo que le separamos los labios pudiendo observar la posición lingual en ambas arcadas; en fonarticulación, se le pidió al niño/a que repitiera el fonema “S” con las siguientes palabras: “Susy, Silla, Zapato, Sol, Sapo”, evidenciando interposición lingual.

El registro de onicofagia se consignó cuando la uña estuvo bajo su lecho ungueal, dedos cuyos bordes superiores fueron redondos y anchos.

Para considerar que un niño/a presentara respiración bucal, se evaluó la posición de los labios, siendo el labio inferior grueso y evertido, labio superior corto y cierre labial alterado. Aletas nasales aplanadas y al sellar los labios se evidenció una respiración acelerada o insuficiente. Vimos la postura corporal evidenciando anteposición de cabeza, piernas en X, facie adenoidea.

Datos de la madre y/o tutor: A través de una breve encuesta, se preguntó de forma escrita a los padres o tutores del niño/a, la edad, trabajo y estudios de la madre y la posición del hijo/a en la familia. Además si presentaba el mal hábito de succión de mamadera, chupete u otro objeto, obstrucción de las vías respiratorias, enfermedades respiratorias crónicas, (Ver Anexo 4) para corroborar datos entregados por el niño/a en el examen clínico.

Examen clínico: El examen clínico del niño consistió en consignar la presencia o ausencia de hábitos orales, tales como: Succión de dedos, de mamadera, chupete, u otro objeto; interposición lingual en reposo, en deglución y en fonarticulación; onicofagia; respirador bucal. (Ver Anexo 3)

Medidas de higiene y seguridad del paciente: Durante la ejecución del estudio, se tomaron todas las medidas de seguridad correspondientes al caso según las normas impartidas por el MINSAL para la atención odontológica:

- Lavado de manos con jabón desinfectante antes y después de cada examen.
- Uso de guantes de látex no estériles, mascarillas y gorro.
- Uso de pechera plástica para el paciente.

Para realizar el examen clínico a cada niño/a, se requirió la autorización de los padres o tutores a través de su firma en un documento de consentimiento informado que fue entregado previo a dicho examen. (Ver Anexo 5)

Aspectos éticos: El estudio consideró la aplicación de instrumentos de evaluación durante el examen de salud del participante, por lo que se garantizó el anonimato y privacidad de

los resultados individuales. Los datos recogidos fueron de uso exclusivo del estudio y con fines de investigación.

Se envió el ante-proyecto al comité de Bioética de la Universidad Finis Terrae en Abril del 2013, donde la población a estudiar correspondía a niños y niñas de 4 a 12 años, en el Consultorio Salvador Bustos de la Comuna de Ñuñoa, durante el mes de Mayo del 2013.

Por razones de la dirección del centro de salud, se solicitó cambio en la población a estudiar por niños y niñas de 2 a 4 años inscritos en el Consultorio, que asisten a seis jardines infantiles de Ñuñoa durante los meses de Junio y Julio del 2013. (Ver Anexo 6)

5. Análisis e interpretación de los datos.

Se confeccionó una planilla en Excel para el vaciamiento de los datos registrados en la ficha clínica utilizada en el examen de los niños (as). Posteriormente, se traspasó esta planilla al software STATA versión 11.0 para su análisis estadístico.

En el análisis descriptivo de las variables estudiadas, se calculó media, desviaciones estándar (D.E.) y proporciones con un 95% de confiabilidad.

Las variables hábitos orales y tipo de hábitos orales se analizaron según edad y para determinar si existen diferencias en la distribución de ellas, se aplicó la prueba χ^2 en la comparación de proporciones.

Además, se relacionó los hábitos orales con edad de la madre, si trabaja y nivel educacional, para determinar si existen diferencias en la distribución de ellas. Para ello, se aplicó una regresión logística con la variable hábitos orales como dependiente o resultado.

6. Cronograma.

Actividad	Marzo 2013	Abril 2013	Mayo 2013	Junio 2013	Julio 2013	Agosto 2013
Selección del tema a investigar. Introducción.	■	■				
Presentación del anteproyecto.		■	■			
Marco teórico.			■	■	■	■
Trabajo de campo. Examen clínico y registro de datos.					■	■
Traspasso a Excel de los datos. Y resultados					■	■
Análisis de los datos. Discusión y conclusión.						■
Preparación y entrega de tesis.						■

RESULTADOS

I) Distribución de la muestra estudiada.

La población estudiada corresponde a niños (as) de 2 a 4 años que asisten a seis jardines infantiles de la comuna de Ñuñoa. La muestra total alcanzada fue de 327 niños (as), correspondiendo a un 70% del total de la población que asiste a los jardines. Un 25,08% fueron del jardín Licanray y un 24,16% del jardín Girasol. (Ver tabla 1)

Un 49,24% de la muestra fueron niños y un 50,76% niñas. (Ver tabla 2)

Tabla 1. Distribución de la muestra según Jardín Infantil. Ñuñoa, año 2013.

Jardín Infantil	Freq.	Percent	Cum.
Girasol	79	24.16	24.16
Hellen Keller	10	3.06	27.22
Licanray	82	25.08	52.29
Mundo Maravilloso	39	11.93	64.22
Pimpilín	60	18.35	82.57
Campanita	57	17.43	100.00
Total	327	100.00	

Tabla 2. Distribución de la muestra según sexo. Ñuñoa, año 2013.

Sexo	Freq.	Percent	Cum.
Niños	161	49.24	49.24
Niñas	166	50.76	100.00
Total	327	100.00	

La edad media de los niños examinados fue de 2,06 (D.E. 0,77) siendo mayor el grupo de 3 años de edad (39,14%), y menor el grupo de 2 años de edad (27,22%), como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución de la muestra según edad. Ñuñoa, año 2013.

Edad	Freq.	Percent	Cum.
2 años	89	27.22	27.22
3 años	128	39.14	66.36
4 años	110	33.64	100.00
Total	327	100.00	

II) Frecuencia de Hábitos orales.

Una de las variables a estudiar fue la presencia de hábitos orales en los niños(as) de 2 a 4 años, independiente del tipo de hábito que presentaran.

En relación a la frecuencia con que se observó la presencia de hábitos orales en los niños(as), esta fue de 93,88%. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Frecuencia de Hábitos orales en niños. Ñuñoa, año 2013.

Hábitos orales	Freq.	Percent	Cum.
no presenta	20	6.12	6.12
si presenta	307	93.88	100.00
Total 	327	100.00	

Al analizar la distribución de la frecuencia de hábitos orales en la muestra por sexo, se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,595$), siendo levemente mayor en las niñas. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Frecuencia de Hábitos orales según sexo. Ñuñoa, año 2013.

Sexo	Hábitos orales		Total
	No presenta	Si presenta	
Niños	6,83	93,17	100.00
Niñas	5,42	94,58	100.00

$p = 0.595$

En relación a la variable edad, se observó que, a medida que aumenta la edad, disminuye la presencia de hábitos orales. El valor observado en niños que no presentan hábitos orales fluctúa entre un 5% (2 años) y un 70% (4 años). Las diferencias observadas son estadísticamente significativas. ($p=0,001$) (Ver tabla 6)

Tabla 6. Distribución de la frecuencia de Hábitos orales según edad. Ñuñoa, año 2013.

Edad	Hábitos orales	
	No presenta	Si presenta
2 años	5,00	28,66
3 años	25,00	40,07
4 años	70,00	31,27
Total	100%	100%

(p> 0,001)

III) Tipo de hábitos orales.

Los hábitos orales que fueron observados en los niños (as) estudiados, son los relacionados con la succión; como son succión de dedo, mamadera, chupete y objetos; los relacionados con la interposición lingual, como son la interposición de la lengua en reposo, en deglución y en fonarticulación, el hábito de respirador bucal y la onicofagia.

Cada uno de estos hábitos orales fue estudiado en el conjunto de la muestra y luego desagregado por edad, dado que la evidencia científica muestra que a la edad de 4 años la presencia de alguno de ellos debe ser considerado como perjudicial para la salud oral del niño (a). (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Distribución de las frecuencias de tipo de hábitos orales según edad. Ñuñoa, año 2013.

Hábitos orales		Frecuencia	2 años	3 años	4 años	Valor p
Succión	Dedo	37,92	46,07	37,50	31,82	0,119
	Mamadera	67,28	87,64	69,53	48,18	0,000*
	Chupete	29,36	52,81	26,59	13,64	0,000*
	Objetos	34,56	46,07	32,03	28,18	0,023
Interposición lingual	En reposo	25,08	32,58	22,66	21,82	0,152
	En deglución	52,60	68,54	50,78	41,82	0,001*
	En fonoarticulación	75,84	86,52	77,34	65,45	0,002*
Respirador bucal		9,17	15,73	5,47	8,18	0,033*
Onicofagia		22,63	17,98	25,00	23,64	0,455

* diferencias estadísticamente significativas.

En la tabla 7 se observa la frecuencia de hábitos orales según tipo, observándose que, el uso de mamadera junto con la interposición lingual en fonoarticulación, son los hábitos orales que se presentaron con mayor frecuencia.

Al analizar el tipo de hábito oral por edad, se observa que las frecuencias disminuyen a medida que aumenta la edad, siendo estas diferencias estadísticamente significativas para los hábitos; succión de mamadera, de chupete; interposición lingual en deglución, en fonoarticulación; y respiración bucal.

Si bien algunos de los hábitos de succión son considerados como normales a la edad de dos años, la prevalencia de éste a los cuatro años ya es nocivo para la salud del niño. Se observó una frecuencia de hábito de succión de dedo de 31%, de mamadera del 48% y de chupete de un 13% a la edad de cuatro años.

IV) Factores asociados a hábitos orales.

Al analizar algunos factores asociados de la madre con la presencia de hábitos orales, se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas para las variables: edad de la madre, madre trabaja y nivel educacional. (Ver tabla 8).

Tabla 8. Regresión logística.

Hábitos orales	Odds Ratio	Error Estándar	P	IC:95%
Edad de la madre	1,94	0,969	0,184	0,729 – 5,165
Madre trabaja	1,04	0,044	0,342	0,957 – 1,133
Nivel educacional	0,95	0,295	0,518	0,518 – 1,750

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo ha sido conocer la frecuencia de hábitos orales en una población de 427 niños (as) de dos a cuatro años de edad matriculados en seis jardines infantiles seleccionados de la comuna de Ñuñoa. Aplicando los criterios de selección, el tamaño final ha sido de 327, considerado un importante éxito de participación (70,0%) en el estudio.

La prevalencia de hábitos orales en el conjunto de niños estudiados resultó ser elevada, ya que el 93,88% presentaba al menos uno de los hábitos considerados. No se observó diferencias por sexo, por lo que, tanto niños y niñas tienen igual probabilidad de presentar hábitos orales. Cabe destacar que la frecuencia de hábitos orales va disminuyendo a medida que aumenta la edad. Los hábitos con mayor frecuencia fueron succión de mamadera 67,28% e interposición lingual en fonarticulación 75,84%. Los resultados reportados por otros autores varían en relación a los hábitos considerados así como a las edades de los niños(as) estudiados.

En relación a la prevalencia de hábitos orales observada en este estudio (93,88%), estos valores son concordantes con Varas y cols, que reporta un 90% de hábitos orales en población infantil. En poblaciones similares, otros autores reportan una prevalencia menor, como León y cols., (76, 1%,); Murrieta y cols. (68%)⁽⁴⁹⁾ y Paredes y cols., (53%).

La variabilidad observada a este comportamiento puede deberse a que los hábitos orales están influenciados por factores condicionantes como el estilo de vida, la calidad de la relación intrafamiliar, cultura, etc. y por lo tanto, cada sujeto tiene una probabilidad distinta de desarrollar hábitos orales.⁽¹⁻⁴⁷⁻⁴⁸⁾

En cuanto a la variable sexo, las niñas reportan en este estudio una mayor frecuencia de hábitos orales, comportamiento similar a lo reportado por Cepero y cols.,⁽³⁴⁾ sin embargo, Onyeaso y Sote,⁽⁵⁰⁾ observaron una prevalencia mayor en varones. No obstante, la diferencia encontrada en este estudio, resultó no ser significativa, por lo cual la probabilidad de presentar hábitos orales es similar para ambos sexos; evidencia que concuerda con Murrieta y cols.,⁽⁴⁹⁾ y Agurto y cols.⁽¹⁾

Diversos autores coinciden que los hábitos orales son una práctica que debe ir disminuyendo con la edad, ya que mientras antes sean objetivadas, menor será el daño que provoquen.⁽¹⁻⁴⁷⁻⁴⁸⁾

En relación a la edad, los niños(as) de dos y tres años presentaron una mayor frecuencia de hábitos orales al compararlo con los niños(as) de cuatro años, diferencia que resultó ser significativa, evidenciando una relación inversa entre esta variable y el evento de estudio. Conforme se incrementa la edad, la frecuencia de hábitos orales va disminuyendo, muy distinto a lo encontrado por Murrieta y cols.,⁽⁴⁹⁾ México, que evidenció que conforme se incrementa la edad, el riesgo de desarrollar hábitos orales es mayor.

Al analizar los hábitos orales en la población, el hábito que presentó mayor frecuencia fue el uso de mamadera y la interposición lingual en fonarticulación. Estos resultados coinciden con el estudio de Agurto y cols.,⁽¹⁾ en donde reportan la succión como el hábito más prevalente en la población infantil, específicamente la succión de mamadera, sin presentar diferencias significativas por sexo; Cepero y cols.,⁽³⁴⁾ coinciden con estos reportes, sin embargo, las diferencias por sexo fueron significativas, siendo mayor en hombres.

Otro hábito observado con menor frecuencia es el respirador bucal, presente en la población estudiada en un 9,1%. Éste valor es similar al estudio realizado en Chile, en el sector oriente de la región metropolitana, donde se observó una prevalencia del 15% en una población de 3 a 6 años. ⁽¹⁾

Los niños de dos años presentaron una mayor frecuencia del hábito de respirador bucal. Según lo reportado por Pérez y cols, ⁽⁴⁸⁾ la edad más prevalente fue a los tres años con predominio en varones. Como la etiología de la obstrucción de las vías aéreas superiores es múltiple, es necesario un buen diagnóstico y tratamiento. En otros casos, la respiración bucal se produce debido a la remanencia de hábitos incorrectos en la función de los músculos respiratorios o debido al mantenimiento de posturas viciosas. ⁽⁵¹⁾ Varela M, ⁽⁴⁷⁾ plantea que si la respiración bucal se diagnostica en edades tempranas, la terapia puede resultar efectiva simplemente con rehabilitación domiciliaria, en la que los padres juegan un papel protagónico, con la posterior supervisión facultativa. Reeducar y estar alerta al desarrollo de este síndrome y su consecuente disfunción. ⁽⁴⁸⁾

La onicofagia es un hábito que está asociado a un elevado nivel de ansiedad y que más que el acto en sí, es una alerta de que algo está pasando en el niño y requiere ser evaluado. ⁽³⁵⁾ La frecuencia de onicofagia resultó mayor a lo observado por Shetty y Munshi ⁽⁵²⁾ en niños de la India, pero menor a lo observado por Murrieta y cols., ⁽⁴⁹⁾ en Nezahualcóyotl, Estado de México.

La interposición lingual en deglución fue de 52,6% y en reposo de 25,08%, ambos valores mayores a lo reportado por Alemán y cols., ⁽⁵³⁾ que fue de 38,5% y 22,5% respectivamente. La referencia de autores como Shetty y Munshi ⁽⁵²⁾ en la India, que en 1998 encontraron en este grupo de edad, que la lengua protáctil era altamente prevalente, lo cual coincide con los resultados de este estudio.

Los factores asociados a la presencia de hábitos orales como edad de la madre, si trabaja fuera del hogar y el nivel educacional, no se observó diferencias estadísticamente significativas. Existen diferencias socioeconómicas y culturales que pueden influir sobre el establecimiento, frecuencia y duración de los hábitos orales. Asimismo, la evidencia señala la importancia de estudiar la existencia de otros factores asociados que estén relacionados con la madre, como su edad y su nivel educacional. ⁽⁵⁴⁾

CONCLUSIONES

Los hábitos orales forman parte del desarrollo normal del individuo. Son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una serie de actos que sirven para calmar una necesidad emocional.

La presencia de hábitos orales en niños(as), puede ser perjudicial para la salud oral cuando persisten en el tiempo, pudiendo llegar a alterar factores anatómicos, estéticos, funcionales y psicológicos de los niños(as).

Los padres y/o tutores, la familia, el equipo de salud y todas las personas que están relacionadas con el niño(a), de forma directa en sus actividades cotidianas juegan un rol importante a la hora de pesquisar los hábitos orales y educar para que estas prácticas sean minimizadas a tiempo y prevenir el daño.

SUGERENCIAS

Existe la necesidad de realizar estudios longitudinales (diseños de cohorte prospectivo) que permitan analizar el comportamiento de los hábitos orales en los niños(as) y valorar los factores de riesgo que intervienen en el cese o persistencia del hábito oral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agurto V. Pamela, Díaz M. Rodrigo, Cádiz D. Olga, Bobenrieth K. Fernando. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil.pediatr. [revista en la Internet]. 1999 Nov [citado 2013 Abr 14]; 70(6): 470-482. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41061999000600004.
2. De Nova GM, Planells DP, Marín FJ, López MA, Barbeara LE, Moreno GJ. Succión digital como factor etiológico de maloclusión. Odontol Pediatr 1993; 2: 85-91.
3. Van Norman RA. Digit sucking: a review of the literature, clinical observations and treatment recomenda-tions. Int J Orofacial Myology. [revista en la Internet] 1997 [citado 2013 Ago 05]; 23: 14-34. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9487827>.
4. Ravn JJ. Sucking habits and occlusion in 3 year old children. Scand J Dent Res 1976; 84: 204-9.
5. Reid DA, Price AH. Digital deformities and dental malocclusion due to finger sucking. Br J Plast Surg 1984; 37: 445-52.
6. Stokes N, Della Mattia D. A student research review of the mothbreathing habit: discussing measurement methods, manifestations and treatment of the moth-breathing habit. Probe 1996; 30: 212-14.
7. Attia Y. Middline diastemas: closure and stability. Angle Orthod. [en la internet] 1993 [citado 2013 Jul 31]; 63: 209-12. Disponible en <http://www.angle.org/doi/pdf/10.1043/0003-3219%281993%29063%3C0209%3AMDCAS%3E2.0.CO%3B2>
8. Subtelny JD. Oral habits. Studies in form, function and therapy. Angle Orthod 1973; 43: 347-383.

9. Kurth CA. Odontología Pediátrica. En: Quintana CM, Rojas PL, Mella OS. Prevención Odontológica un camino hacia la salud bucal. 1ª. ed. Santiago Chile: Facultad de Odontología; 1990. p. 96-98.
10. Shellhom H, Valdés V. Lactancia materna, contenidos técnicos para profesionales de la salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, UNICEF; 1995.
11. Manns FA. Deglución. En: Manns FA, Díaz SG. Sistema Estomatognático. Santiago Chile: Facultad de Odontología; 1995.p. 193-204.
12. Graber T.M. Ortodoncia, teoría y práctica. 3a. Ed. México: Interamericana; 1990.
13. Olgún A, Pino P. Variables que influyen en el uso de pacificadores orales. Trabajo de Investigación para optar al título de Cirujano Dentista. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.1996.
14. Graber TM, Neumann B. Aparatología en Ortodoncia Removible. 2ª. Ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1997.
15. Victora CG, Tomasi E y cols. Use of pacifiers and breastfeeding duration. The Lancet. 1993; 341: 404 – 406.
16. Di Pietro y cols. Behavioral and physiologic effects of non nutritive sucking during gavage feeding in preterminfants. Pediatric Research. 1994; 36(2):207-213.
17. Marle E. Conducta y personalidad. En: Braham R. Odontología Pediátrica. 2ª. Ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1989.p. 111-112.
18. Morban L. Oral habits in children and their psychological trauma. Acta Odontológica Pediátrica. June 1992; 3 (1). 5-11.
19. Sim J. Hábitos bucales infantiles. En: Finn S, Odontología Pediátrica. 4a. Ed. México: Editorial Interamericana; 1986. p. 326-328.
20. Larson E, Ogaard B. Dummy and finger-sucking habits in young Swedish and Norwegian children. Scand J. Dent.1992; 100:292-295.
21. Olgún PA, Quintana SX. Mordida abierta anterior en niños de 2 a 4 años y uso de pacificadores orales en un sector de la comuna de Lo Barnechea. Revista Dental de Chile. 2001; 92 (2): 3-8.
22. Canut JA, Arias DS. Mordida abierta. En: Canut, JA. Ortodoncia Clínica. a. Ed. Barcelona España: Ediciones Científicas y Técnicas; 1988. p. 369-377.

23. Moyers, RE. Manual de ortodoncia para el estudiante y el odontólogo general. 3ra. ed. Buenos Aires: Editorial Mundi; 1976.
24. Alvarez F. Prevalencia de anomalías interceptables por el odontólogo general. Revista Dental de Chile. Marzo 2000; 91(1): 9-12.
25. Villa V, Salinas E. Frecuencia de las distintas anomalías dentomaxilares. Consultorio A. Leng. Revista Dental de Chile. 1992; 84 (1): 29-34.
26. Cortés J. Prevalencia de anomalías dentomaxilares en una muestra de 540 niños del área de Santiago. Trabajo de investigación para optar al título de Cirujano Dentista. Santiago: Facultad de Odontología. Universidad de Chile; 1986
27. Da Silva O. y cols. Sucking habits. Clinical Management in Dentistry Journal. 1991; 15(3): 56-137
28. Fonseca Arrieta X. Respirador Bucal. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Otorrinolaringología. [Citado en: 2013 Jul 5]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/otorrino/doc/RespiradorBucal.doc>
29. Ramírez GM, Silva GR. El problema del respirador bucal. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Medicina interna. [citado Jul 5]. Disponible en: <http://www.pediatraaldia.cl/bucal.html>.
30. Parra Y. El paciente respirador bucal una propuesta para el estado Nueva Esparta 1996-2001. Acta Odontológica Venezolana. [Serie en Internet]. 2004 [Citado en: 2013 Jun 15]; 42(2). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/2/paciente_respirador_bucal.asp.
31. Magaña M. Dermatología. México: Médica Panamericana; 2003.
32. Martínez JC, González C, Correa E. Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. Revista Latinoamericana de Psiquiatría. [revista en la Internet] 2004 [citado 2013 ago 5] Disponible en : http://www.zheta.com/user3/files/5diciembre_conductaspdf
33. Lizarbe L. Onicofagia frente a estética dental: Presentación de un nuevo método para el tratamiento de la onicofagia. Gaceta Dental Industria y Profesionales. 2000; 105, 46-52.
34. Cepero SZ, Hidalgo-Gato FI, Duque de Estrada RJ, Pérez QJ. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2013 Ago 08] ; 44(4):

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400007&lng=es

35. Wells H, Haines J, Williams L. & Brain, L. (1999). The self-mutilate nature of severe onychophagia: a comparison with self-cutting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 40-47.
36. Nock M, Prinstein, M. Contextual features and behavioral of abnormal psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psycholog.* 2005; 114, 140-146.
37. Ghanizadeh, A. Association of nail biting and psychiatric disorders in children and their parents in a psychiatrically referred sample of children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2008; 2, 1-7.
38. Graber TM, Rakosi T, Petrovic AG. *Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales.* 2 ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 1998.
39. Pullen HA. Abnormal habits on their relation to malocclusion and facial deformity. *Interr J Orthod B* 1997; 223-48.
40. Mayoral J, Mayoral G. *Ortodoncia. Principios fundamentales y prácticos.* 6 ed. Barcelona: Labor; 1990.
41. Tenenbaum M, Berman R. La deglución atípica. *Terapéutica miofuncionales y mecánicas.* *Ortod Org Soc Arg* 1971; 35: 30-45.
42. Proffit WR, Fields HW. La etiología de los problemas ortodóncicos. En: Proffit WR. *Ortodoncia contemporánea teoría y práctica.* 3 ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2001. p. 2-20
43. Gregoret J, Tuber E, Escobar PL, Matos DA. Sección 1. Estudio clínico del paciente. Examen funcional. En: Gregoret J. *Ortodoncia y Cirugía Ortognática: Diagnóstico y Planificación.* Madrid: Espaxs; 1997. p. 77-93.
44. Garattini G, Crozzoli P, Valsasina A. Role of prolonged sucking in the development of dento skeletal changes in the face. *Review on the literature.* *Mondo Orthod* 1990; 15: 539-50.
45. Sosa RM. et al. *Guías prácticas de Estomatología.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.

46. Cabaña LC. et al. Estomatología Infantil. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996.
47. Varela M. Problemas bucodentales en pediatría. Madrid: Fundación Jiménez Díaz; 2000 [citado 7 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.entornosocial.es/reporta.html2006>
48. Pérez QJ, Martínez J, Moure IM, Pérez PA. Respiración bucal en niños de 3-5 años. Parroquia Catia la Mar Vargas. Enero-junio de 2008. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2013 Ago 05]; 32(5).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000500003&lng=es.
49. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua BRI, Pérez SLE, Juárez-López LA, Linares VC, Meléndez OAF, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2013 Ago 06]; 68(1): 26-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100004&lng=es.
50. Onyeano CO, Sote EO. Prevalence of bucal habits in 563 Nigerian preschool children age 3-5 years old. Niger Postgrad Med J. 2001; 8:193-195.
51. Urrieta E, López I, Quirós O, Farias M, Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A. Años 2006-2007. Rev Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2008 Jul [citado 6 agosto 2013]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/habitos_bucales_maloclusion.asp
52. Shetty SR, Munshi AK. Oral habits in children: a prevalence study. J Indian Soc Pedod Prev Dent 1998; 16:61-66.
53. Alemán SPC, González VD, Díaz OL, Delgado DY. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Jun

[citado 2013 Ago 08]; 44(2):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001&lng=es.

54. Muñoz F. Odontología pediátrica. Colombia: Amolca; 2004.
55. Laboren M, Medina C. y cols. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. Edición electrónica. Julio 2010. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
56. Otte J, Emhart O. Laringe I: Lenguaje y fonación. Boletín Hospital San Juan de Dios, 1959; 6: 418-423.
57. Manns FA, Díaz SG. Fonoarticulación y Respiración. En: Miralles LR. Sistema Estomatognático. Santiago: Facultad de Odontología Universidad de Chile; 1995. p. 205-219.
58. Segre R. Principios de Foniatría. Buenos Aires: Med. Panamericana; 1981.
59. Arguelles A. Rehabilitación del lenguaje por trastornos de la fonación y articulación originados por las malformaciones bucodentarias y prótesis inadecuadas. Acta Odontológica Venezolana. 1974; 12:185-211.

ANEXOS

ANEXO 1: Carta para contacto con el Centro de Salud de Ñuñoa, Santiago, 2013.



17 ABRIL 2013

DRA. PAULA MENDOZA

**Encargada del programa odontológico
Cesfam Salvador Bustos, Ñuñoa.**

Estimada Dra.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted solicitando autorización para desarrollar el estudio de investigación que lleva el título de: “Prevalencia de hábitos orales en niños de 2 a 4 años, Comuna de Ñuñoa, año 2013.” La investigación forma parte de los requisitos para optar al título de Cirujano Dentista en la UFT.

Para llevar a cabo esta investigación, necesitamos contar con un breve tiempo previo a la atención de fluoración comunal que se realizará a los niños en los jardines infantiles, de manera que nos permita evaluar de forma clínica la presencia de malos hábitos orales tales como: succión (mamadera, dedo, chupete u otro objeto), interposición lingual (en reposo, deglución y fonarticulación), onicofagia y respirador bucal.

El estudio considera aspectos éticos como garantizar el anonimato y privacidad de los resultados individuales. Los datos recogidos serán de uso exclusivo del estudio y con fines de investigación.

Esperando que la presente tenga una buena acogida de su parte, se despiden atte.

Judith Fuentes y Francisca Gálvez.

Internas de Odontología, Universidad Finis Terrae.

ANEXO 2: Contacto con Jardines Infantiles de la Comuna de Ñuñoa, Santiago, 2013.

1. Girasol
Ubicado en Calle Ocho 1.699.
Teléfono: 2-2711098
Directora: Myriam de Barbieri Valdés

2. Hellen Keller
Ubicado en calle Rosita Renard 1.179.
Teléfonos: 2-4816410 / 2-4816413
Directora: María Ximena Verdugo Mozó

3. Licanray
Ubicado en calle Brown Sur 1.740.
Teléfono: 2-2711111
Directora: Margarita Reyes Zúñiga

4. Mundo Maravilloso
Ubicado en calle Quillagua 3.900.
Teléfono: 2-2711097
Directora: Silvana Palma Muñoz

5. Pimpilín
Ubicado en calle Las Regatas 1.116.
Teléfono: 2-2715960
Directora: Patricia Zuloaga

6. Campanita
Ubicado en calle Avenida Alcalde Eduardo Castillo Velasco 4.660.
Teléfono: 2-2716838
Directora: Edith Moya

ANEXO 3: Ficha de evaluación a niños/as.



Nombre del niño/a: _____

Hombre: (1) **Mujer:** (2)

Fecha de nacimiento: _____

Edad: 2 años: (1) 3 años: (2) 4 años : (3)

Presencia de malos hábitos orales No presenta: 0 Presenta: 1

A.- Succión

Tipo:

a) Dedos _____	No presenta: 0 <input type="checkbox"/>	Presenta: 1 <input type="checkbox"/>
b) Mamadera _____	No presenta: 0 <input type="checkbox"/>	Presenta: 1 <input type="checkbox"/>
c) Chupete _____	No presenta: 0 <input type="checkbox"/>	Presenta: 1 <input type="checkbox"/>
d) Objetos _____	No presenta: 0 <input type="checkbox"/>	Presenta: 1 <input type="checkbox"/>

B.- Interposición lingual

a) Reposo _____	No presenta: 0 <input type="checkbox"/>	Presenta: 1 <input type="checkbox"/>
b) Deglución _____	No presenta: 0 <input type="checkbox"/>	Presenta: 1 <input type="checkbox"/>
c) Fonoarticulación _____	No presenta: 0 <input type="checkbox"/>	Presenta: 1 <input type="checkbox"/>

C.- Onicofagia _____ No presenta: 0 Presenta: 1

D.- Respirador Bucal _____ No presenta: 0 Presenta: 1

E.- En cuanto al uso de mamadera:

A) Ocasión _____ Diurna: 0 Nocturna: 1 Ambas: 2

ANEXO 4: Encuesta a padres y/o tutores del niño/a.



ENCUESTA A PADRES O TUTORES DEL NIÑO/A

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Marque con una X la respuesta que corresponde.

1.- Posición del niño/a en la familia:

- ____ Primer hijo/a
____ Segundo hijo/a
____ Tercer hijo/a
____ Cuarto hijo/a
____ Otro: _____

2.- Su hijo/a:

- a. ¿Toma mamadera en algún momento del día.? Sí _____ No _____
b. ¿Usa chupete en algún momento del día? Sí _____ No _____
c. ¿Succiona algún objeto? (Pañal, manta, lápiz, juguetes, otro) Sí _____ No _____
d. ¿Presenta enfermedad respiratoria crónica? (Asma, bronquitis) Sí _____ No _____
e. ¿Presenta obstrucción de vías respiratorias? (Adenoides) Sí _____ No _____ No sabe _____

3.- Datos de la madre del niño/a:

- a. Edad de la madre: _____ años
b. La madre trabaja fuera de la casa : Si _____ No _____ A veces _____
c. Estudios de la madre : Básica _____
Media _____
Técnica _____
Superior _____ (Universitaria)

Gracias.

ANEXO 5: Consentimiento Informado para padres y/o tutores del niño/a.



Estimado (a) Sr. Padre o Apoderado(a):

Tengo el agrado de dirigirme a UD., para saludarle e informarle lo siguiente:

Los malos hábitos orales son causa de las mal posiciones dentarias que afectan muy frecuentemente a la población infantil, razón por la cual es necesario su diagnóstico oportuno.

Para ello se ha dispuesto realizar un examen visual del niño (a) por dos internas de odontología entrenadas, cuyo procedimiento se realiza dentro del establecimiento educacional y además se envía una encuesta por agenda sobre hábitos de salud bucal a los padres o apoderados, con la colaboración de la odontóloga del centro de salud y la profesora del curso. Los datos individuales serán resguardados confidencialmente.

Para lograr el éxito de este diagnóstico, solicito a UD., su colaboración autorizando la participación de su pupilo (a) y completando el formulario de Consentimiento Informado que se adjunta y devolverlo al establecimiento educacional de su hijo.

Agradeciendo su atención, le saluda atentamente,

Dra. Patricia Moya R. Odontopediatra.
Internas de Odontología: Judith Fuentes y Francisca Gálvez.
Universidad Finis Terrae.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ----- estoy en conocimiento que se realizará un "Diagnóstico de hábitos bucales en pre escolares".

Elijo libre y voluntariamente que mi niño (a) -----participe en dicho diagnóstico mediante: a) Un examen de salud bucal, no invasivo, realizado por odontólogos especialmente preparados para este fin y b) Una encuesta sobre hábitos de salud bucal.

Sin embargo puedo no autorizar la participación de mi hijo (a) o bien cambiar de opinión en cualquier momento y por cualquier medio, sin que esto sea causa de sanción o pérdida de beneficio alguno.

Firma Apoderado (a)

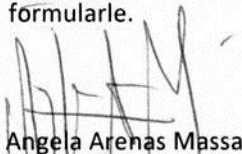
_____ de Junio/Julio del 2013

ANEXO 6: Documento de aprobación del ante-proyecto de investigación por parte del Comité de Bioética de la Universidad Finis Terrae, 31 de Mayo del 2013.

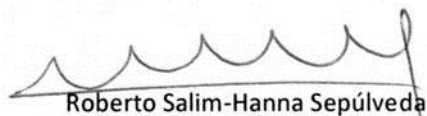
REUNION COMITÉ DE ETICA (res/17)

Nombre de la investigación clínica: Prevalencia de malos hábitos orales en niños entre 4 a 12 años atendidos en el Consultorio Salvador Bustos Comuna de Ñuñoa mayo 2013 de los alumnos de la Facultad de Odontología doña Judith Fuentes C. y Francisca Gálvez B. se ha concluido lo siguiente:

- 1) Que se trata de un estudio que busca conocer la prevalencia de malos hábitos orales en los niños entre 4 y 12 años atendidos en el Consultorio de la referencia durante mayo 2013.
- 2) Este estudio de carácter observacional, descriptivo y transversal tendrá una muestra que corresponde a todos los niños y niñas entre 4 y 12 años de edad que estén inscritos en el Centro de Salud y que acudan a atención dental durante mayo 2013.
- 3) Existe un formulario de consentimiento informado en que se explicita claramente el objeto de la investigación y que deberá ser suscrito por los padres del menor intervinientes en la misma.
- 4) La experiencia del docente a cargo Dra. Patricia Moya R.-cuyos antecedentes se tuvieron a la vista-académico de la Facultad de Odontología, por su preparación, competencia y experiencia docente y profesional, da garantías de corrección y ética en la investigación y objetivos del proyecto, así como la metodología propuesta..
- 5) La Facultad de Odontología, a través de su Coordinador de Investigación, deberá controlar mientras se desarrolla la investigación, de acuerdo a las informaciones que periodicamente se le entreguen por parte de los investigadores, si se estan cumpliendo desde el punto de vista señalado antes los objetivos y procedimientos.
- 6) Tal como está presentado en consecuencia, este proyecto de investigación clínica de los alumnos de la Facultad de Odontología, no tenemos ninguna objeción ética que formularle.


Angela Arenas Massa


Cristian Nazer Astorga


Roberto Salim-Hanna Sepúlveda

En Santiago, a 31 de mayo de 2013.