

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**"FRECUENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES
ENTRE ESCOLARES CON SÍNDROME DE DOWN
-CENTRO EDUCATIVO ESPECIAL "NIÑO JESÚS
DE PRAGA" Y ESCOLARES SIN ENFERMEDAD
CROMOSÓMICA- DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
"ESTEBAN PAVLETICH" AÑO 2015"**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

TESISTAS:

Bach. FLORES PIZARRO, Dalia Pierina

Bach. DIAZ SANDI, César Jandao

HUÁNUCO - PERÚ
2016

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA**



**FRECUENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES ENTRE
ESCOLARES CON SINDROME DE DOWN-CENTRO EDUCATIVO
ESPECIAL “NIÑO JESUS DE PRAGA Y ESCOLARES SIN
ENFERMEDAD CROMOSOMICA- DE LA INSTITUCION
EDUCATIVA “ESTEBAN PAVLETICH”
AÑO 2015**

TESISTAS: FLORES PIZARRO, PIERINA
DIAZ SANDI CESAR JANDAO

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO
DENTISTA**

HUÁNUCO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo Ante todo a Dios que me ha dado la vida y fortaleza y permitirme el privilegio de estudiar esta noble carrera.

A mi familia, en especial a mi Madre; Por su amor, ejemplo y apoyo incondicional en cada momento de mi vida.

Dalia Pierina Flores Pizarro

Dedico esta tesis Ante todo a Dios que me ha dado la vida y fortaleza para cumplir mis metas trazadas.

A mi familia y mis padres; por su ayuda y constante cooperación y por estar ahí cuando más los necesité. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma.

Cesar Jandao Díaz Sandi

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos siempre las fuerzas necesarias para afrontar cada dificultad y guiarnos a lo largo de nuestra formación profesional.

A nuestros padres por brindarnos todo su apoyo incondicional en todo momento y a lo largo de toda nuestra vida

A mi Asesor por sus enseñanzas y su apoyo durante la realización de la presente tesis.

A nuestros docentes que nos brindaron sus enseñanzas durante nuestra formación académica y humanística en la carrera profesional de odontología.

A La Universidad por brindarnos los conocimientos y capacidades necesarias por intermedio de su excelente plana docente.

RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar la frecuencia de hábitos parafuncionales entre escolares con Síndrome de Down del Centro Educativo Especial "Niño Jesús De Praga" y escolares sin enfermedad cromosómica de la Institución Educativa "Esteban Pavletich".

Fue un estudio correlacional, cuantitativa, prospectivo, observacional, transversal. Se examinaron 52 niños con síndrome de Down y 52 niños sin enfermedad cromosómica, entre 4 a 16 años en instituciones de la ciudad de Huánuco. Se utilizó una ficha clínica observacional donde se registró de los hábitos parafuncionales para evaluar cada niño y un cuestionario para los padres. Para el análisis se utilizaron frecuencias simples y para el análisis inferencial se utilizaron la Prueba CHI CUADRADA.

Resultados: frecuencia de hábitos en escolares con Síndrome de Down, quienes presentan respiración bucal con más frecuencia (28,8%), seguido por interposición lingual (24%) y la succión digital (17,3%). Se presenta en cuarto lugar la onicofagia (15,4%), luego la succión labial (7,7%). y finalmente en menor frecuencia el bruxismo que se observó solo en el 4,8% del total. La frecuencia hábitos parafuncionales en los escolares sin enfermedad cromosómica; en quienes se presentó también la respiración bucal con más frecuencia (17,3%), seguido en frecuencia por bruxismo (7,7%), la succión digital y la onicofagia se presentó solo en el 5,8%; mientras que la interposición lingual estuvo en 4,8% y finalmente la succión labial en el 1,9% del total. En mayor frecuencia los sujetos de estudio, presentaron respiración bucal (19,2%), así mismo, se observa el 8,7% de niños que muestran respiración bucal e interposición lingual juntas, en más proporción presente en niños con síndrome de Down (7,7%) y solo el 1% en niños sanos. Los hábitos parafuncionales son más frecuentes en niños con síndrome de Down que en los niños sin enfermedad cromosómica alguna. ($p < 0,05$).

Palabras Clave: Para función, Síndrome de Down

SUMMARY

The purpose of this study was to determine the frequency of parafunctional habits among school children with Down Syndrome School Special School " Niño Jesús De Praga" without chromosomal disease School " Esteban Pavletich".

It was a correlational quantitative, prospective, observational, cross-sectional study. They examined 52 children with Down syndrome, from 4 to 16 years syndrome and 52 children without chromosomal disease in institutions in the city of Huanuco. An observational clinical record where it was recorded parafunctional habits to evaluate each child and a parent questionnaire was used. For the analysis and simple frequencies were used for inferential analysis CHI SQUARED Test were used.

Results: frequency habits in students with Down syndrome who have mouth breathing more often (28.8%), followed by lingual interposition (24%) and digital suction (17.3%). Onychophagia (15.4%), then the lip sucking (7.7%) is in fourth place. and finally less frequently bruxism was observed only in 4.8% of the total. The frequency parafunctional habits in school without chromosomal disease; in whom also presented oral breathing more often (17.3%), followed in frequency by bruxism (7.7%), the digital sucking and nail biting was presented only at 5.8%; while the lingual interposition was 4.8% and finally the lip sucking at 1.9% of the total. Most often in the study subjects, presented oral breathing (19.2%), likewise, 8.7% of children showing mouth breathing and tongue thrusting together in more proportion in children with Down syndrome is observed (7.7%) and only 1% in healthy children. Parafunctional habits are more common in children with Down syndrome in children without chromosomal disease. ($P < 0.05$).

Keywords: Parafunctional, Down Síndrome.

INDICE

| | |
|-------------------------------------|----------|
| DEDIATORIA..... | 2 |
| AGRADECIMIENTO..... | 3 |
| RESUMEN..... | 4 |
| INTRODUCCION..... | 8 |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA | |
| 1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA..... | 10 |
| 1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA..... | 12 |
| 1.3 OBJETIVOS..... | 13 |
| 1.4 HIPOTESIS | 14 |
| 1.5 VARIABLES..... | 14 |
| 1.6 JUSTIFICACION | 17 |
| 1.7 LIMITACIONES..... | 19 |
| CAPITULO II: MARCO TEORICO | |
| 2.1 ANTECEDENTES..... | 20 |
| 2.2 BASES TEÓRICAS..... | 28 |
| 2.2.1 HÁBITOS PARA FUNCIONALES..... | 28 |
| 2.2.1.1 BRUXISMO..... | 28 |
| 2.2.1.2 SUCCIÓN DIGITAL..... | 33 |
| 2.2.1.3 ONICOFAGIA..... | 35 |
| 2.2.1.4 RESPIRACION BUCAL..... | 37 |
| 2.2.1.5 SUCCION LABIAL..... | 41 |
| 2.2.1.6 INTERPOSICION LINGUAL..... | 43 |

| | | |
|---|--|----|
| 2.2.2 | SINDROME DE DOWN..... | 45 |
| 2.2.2.1 | Características Físicas | 45 |
| 2.2.2.2 | Intervenciones Odontológicas: Edad Pediátrica..... | 47 |
| 2.2.2.3 | MANIFESTACIONES ESTOMATOLOGICAS..... | 50 |
| 2.2.3 | ESCOLAR SIN ENFERMEDAD CROMOSOMICA..... | 54 |
| 2.3 | DEFINICIÓN DE TÉRMINOS..... | 55 |
| CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO | | |
| 3.1 | NIVEL DE INVESTIGACION..... | 58 |
| 3.2 | TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 58 |
| 3.3 | DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 58 |
| 3.4 | POBLACION Y MUESTRA..... | 59 |
| 3.5 | INTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS..... | 60 |
| 3.6 | METODOS..... | 61 |
| IV: RESULTADOS..... | | |
| V. DISCUSIÓN..... | | |
| VI. CONCLUSIONES..... | | |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | | |
| VIII. ANEXOS..... | | |

INTRODUCCIÓN

En el síndrome de Down (SD) o trisomía 21, a las manifestaciones fenotípicas características se asocian retraso psicomotor variable y, frecuentemente, malformaciones esqueléticas y cardiovasculares, alteraciones hematopoyéticas, al hipotiroidismo, epilepsia y ciertas alteraciones visuales, así como ciertas alteraciones orofaciales.

Entre las características fenotípicas del paciente con SD se encuentran anomalías craneofaciales como la braquicefalia, microcefalia variable con fontanelas grandes y de cierre tardío, aplanamiento occipital, fisuras palpebrales inclinadas hacia arriba, hipoplasia o aplasia de senos frontales, micrognatia con puente nasal bajo. A nivel oral podemos observar microstomía, labios gruesos, Macroglosia, paladar ojival y tendencia a la mordida abierta.

Los dientes tienden a ser pequeños (microdontia) y de implantación irregular, pudiendo presentar alteraciones en el número, en la forma y con retraso eruptivo. Siendo el Síndrome Down es el trastorno cromosómico más frecuente y una de las principales causas de retardo mental; los rasgos orofaciales de las personas con Síndrome Down contribuyen a que existan diversos problemas potenciales relacionados a los malos hábitos. ⁽¹⁾

Actualmente en el Perú estas personas están siendo atendidas además de los hospitales, Es Salud, en las Clínicas del Niño de las diferentes Facultades de Odontología de las Universidades del Perú, y en algunos consultorios particulares; llegándoles a realizar tratamientos muy completos y sin necesidad de sedarlos. Por estas razones es importante tener un mayor conocimiento sobre características estomatológicas particulares que presentan los niños con Síndrome De Down. ⁽²⁾

Los hábitos parafuncionales es acto que, adquirido mediante un proceso de aprendizaje, llega a efectuarse de manera inconsciente. Serían determinados factores anatómicos que favorecen una posición inadecuada de la lengua al deglutir, patrones musculares anormales y hábitos como la succión

digital, la respiración oral por hipertrofia adenoidea y/o amigdalar los que suelen estar en el origen de la mayoría de las maloclusiones. Un hábito para funcional oral, como la respiración bucal, la interposición lingual o la succión digital, puede generar problemas de alimentación ya que, si no contactan los incisivos superiores e inferiores, no puede llevarse a cabo la primera fase de la masticación, que es la prehensión de los alimentos por los incisivos.

Para los profesionales de la Estomatología es esencial este conocimiento, con una amplia visión hacia el verdadero diagnóstico,

La correcta salud dental de las personas discapacitadas revierte en su calidad de vida, ya que facilita la alimentación, le evita molestias, mejora su aspecto físico y en consecuencia, su mejor aceptación por parte de la sociedad.

(3)

I. PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los hábitos bucales (no fisiológicos) son uno de los principales factores etiológicos causante de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y una deformación ósea que va a tener una mayor o menor repercusión según la edad que inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño.

Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, la igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años de edad.

Las Parafunciones orales son aquellos movimientos del sistema masticatorio que no tienen sentido útil, son adquiridos mediante un proceso de aprendizaje, involuntarios e incluso desconocidos por la propia persona.

Serían determinados factores anatómicos que favorecen una posición inadecuada de la lengua al deglutir, patrones musculares anormales y hábitos como la succión digital, la respiración oral por hipertrofia adenoidea y/o amigdalar los que suelen estar en el origen de la mayoría de las maloclusiones.⁽⁴⁾

Se sabe que existen patologías sistémicas o síndromes que nos hacen susceptibles a padecer más hábitos parafuncionales, potenciándolos o inhibiéndolos, caso que nos centra la atención en el Síndrome Down, en la cual existen posiciones diferentes según estudios realizados en la que nos manifiestan que los pobladores Down son más susceptibles a manifestar los hábitos parafuncionales y que son menos susceptibles por otro lado comparándolos con la población sin síndrome.

La incidencia global del Síndrome de Down es de 1 a 700 nacimientos sin importar la raza, zona geográfica o situación económica. El tratamiento odontológico de los pacientes con síndrome de Down requiere un equipo multidisciplinario especializado que actúe junto con el pediatra desde una edad muy temprana.

Es necesaria la colaboración de un tutor o persona responsable del paciente para concretar los términos del mismo y firmar el consentimiento informado. En este tipo de pacientes debemos ser especialmente meticulosos en el trato con ellos, para no ofenderlos con nuestra forma de hablar o de actuar, como si de un paciente con menor capacidad intelectual se tratara. El tratamiento de los niños con síndrome de Down presenta muchas especificidades. A nivel ortodóntico y protésico, por ejemplo, este tipo de tratamientos no suelen estar indicados debido a los malos resultados que dan en estos pacientes, fruto de la falta de cooperación, la enfermedad periodontal, la hipotonicidad de la musculatura, la macroglosia y las cortas raíces que presentan los dientes.

Contar con un odontólogo que conozca todas las peculiaridades de estos pacientes especiales es muy importante para hacer posible que el niño reciba una atención correcta que le permita mantener a raya las patologías bucodentales y aumentar su calidad de vida.

Pocos odontólogos generales han tenido experiencias educativas con pacientes con necesidades especiales y la barrera para este tipo de educación se debe a las dificultades logísticas para proveer a estudiantes de odontología con la experiencia adecuada. Los retos para los dentistas que quieren tratar a pacientes con necesidades especiales se deben a las limitadas oportunidades educativas, en la mayoría de las escuelas de odontología, para preparar profesionales para el cuidado de estos niños. ⁽⁵⁾

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

Problema general

- ¿Cuál es la frecuencia de hábitos parafuncionales entre escolares con Síndrome de Down del Centro Educativo Especial "NIÑO JESUS DE PRAGA" y escolares sin enfermedad cromosómica de la Institución Educativa "ESTEBAN PAVLETICH"?

Problema específico

- ¿Cuál es la frecuencia de los hábitos parafuncionales en los escolares con síndrome de Down del Centro Educativo Especial "NIÑO JESUS DE PRAGA"?
- ¿Cuál es la frecuencia de los hábitos parafuncionales en los escolares sin enfermedad cromosómica de la Institución Educativa "ESTEBAN PAVLETICH"?
- ¿Cuál es la diferencia de los hábitos parafuncionales de escolares con síndrome de Down del Centro Educativo Especial "NIÑO JESUS DE PRAGA" y escolares sin enfermedad cromosómica de la Institución Educativa "ESTEBAN PAVLETICH"?

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la frecuencia de hábitos parafuncionales entre escolares con Síndrome de Down del Centro Educativo Especial "NIÑO JESUS DE PRAGA" y escolares sin enfermedad cromosómica de la Institución Educativa "ESTEBAN PAVLETICH".

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de los hábitos parafuncionales en los escolares con síndrome de Down del Centro Educativo Especial "NIÑO JESUS DE PRAGA".
- Determinar la frecuencia de los hábitos parafuncionales en los escolares sin enfermedad cromosómica de la Institución Educativa "ESTEBAN PAVLETICH".
- Determinar la diferencia de los hábitos parafuncionales de escolares con síndrome de Down del Centro Educativo Especial "NIÑO JESUS DE PRAGA" y escolares sin enfermedad cromosómica de la Institución Educativa "ESTEBAN PAVLETICH".

1.4. HIPOTESIS

- **(Hi)** Existe diferencia significativa entre la frecuencia de los hábitos parafuncionales de niños con síndrome de Down del Centro Educativo Especial "NIÑO JESUS DE PRAGA" y escolares sin enfermedad cromosómica de la Institución Educativa "ESTEBAN PAVLETICH.
- **(Ho)** No existe diferencia significativa entre la frecuencia de los hábitos parafuncionales de niños con síndrome de Down del Centro Educativo Especial "NIÑO JESUS DE PRAGA" y escolares sin enfermedad cromosómica de la Institución Educativa "ESTEBAN PAVLETICH.

1.5. VARIABLES

- **Variable independiente**

Niños con Síndrome de Down

Niños sin enfermedad cromosómica.

- **Variable dependiente**

Hábitos para funcionales

- **Variable intervinientes**

Edad

Sexo

| | VARIABLE | DIMENSION | DEFINICION CONCEPTUAL | INDICADORES | CATEGORÍA | TECNICAS | ESCALA DE MEDICION |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|---|---|--|----------------|--------------------|
| VARIABLE INDEPENDIENTE | Escolares con síndrome de Down. | Síndrome Down. | Es un defecto congénito caracterizado por un importante retraso mental y algunas manifestaciones físicas. | Presencia de hábitos parafuncionales. | SI NO | Entrevista | NOMINAL |
| | Escolares sin enfermedad cromosómica | sin enfermedad cromosómica | Escolares sin enfermedad cromosómica | Presencia de hábitos parafuncionales. | SI NO | Examen clínico | |
| VARIABLE DEPENDIENTE | HÁBITOS PARA FUNCIONALES | Respiración bucal | Acto de respirar por la boca compensando alguna dificultad para hacerlo nasalmente | ¿Su hijo permanece con la boca abierta? | si-no -Durante el día -Durante la noche -Durante el día y noche | Entrevista | NOMINAL |
| | | | | Cierre labial: | -presente -ausente | Examen clínico | |
| | | | | Aletas Nasaes: | -Redondeadas -Aplanadas | | |
| | | Bruxismo | El bruxismo es el hábito involuntario de rechinar o apretar los dientes. | ¿Su hijo Rechina o aprieta sus dientes? | si-no -Durante el día -Durante la noche -Durante el día y noche | Entrevista | NOMINAL |
| | | | | -Presenta facetas de desgaste | SI NO | Examen clínico | |
| | | Onicofagia | Hábito compulsivo de comerse las uñas. | ¿Su hijo se muerde las uñas? | si-no -1 ó 2 Veces al día -Más de 3 veces por día -1 ó 2 veces por Semana | Entrevista | NOMINAL |
| Uñas: | -Irregulares -Conservado | | | Examen clínico | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|------------------------------------|--|----------------|---------|
| | | Succión Digital | Acto de llevarse el dedo a la boca ejerciendo una presión vigorosa contra los dientes y paladar. | ¿Su hijo se chupa el dedo? | si-no -1 o 2 Veces al día -Al Dormir -Todo el día | Entrevista | NOMINAL |
| | | | | Dedos: | -Sin evidencia -Con Callosidades -Conservado | Examen clínico | |
| | | Succión Labial | hábito de chuparse el labio | ¿Su hijo Succiona su labio? | si-no -1 o 2 Veces al día -Al Dormir -Todo el día | Entrevista | NOMINAL |
| | | | | -Labios: | -Con huellas dentarias -Resecos -Hidratados | Examen clínico | |
| | | Interposición Lingual | Protracción lingual es una variedad en el patrón de deglución normal. | Interposición lingual: | si-no Mordida abierta anterior | Entrevista | NOMINAL |
| | | | | Tamaño lingual | Macroglosia Microglossia conservado | Examen clínico | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|------|------|---|----------------------------------|--------------------------|------------|---------|
| VARIABLE INTERVINIENTES | Edad | EDAD | La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. | Años De Vida | Escolares de 4 - 16 años | ENTREVISTA | ORDINAL |
| | Sexo | SEXO | Alude a la percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a sentirse hombre o mujer. | características físicas externas | Masculino y femenino | ENTREVISTA | NOMINAL |

1.6. JUSTIFICACION

Las personas con síndrome Down tienen mayor susceptibilidad a presentar hábitos parafuncionales. Existen investigaciones realizadas en el extranjero cuyos resultados concuerdan con esto; sin embargo algunas investigaciones actuales lo contradicen, encontrando igual o incluso mayor frecuencia de hábitos parafuncionales en una población Down comparándola con una población normal.

Debido a esta controversia, surge el interés de realizar una investigación en individuos con síndrome Down de la ciudad de Huánuco, es necesario analizar a fondo el problema para poder conocer todas las implicaciones que conllevan desde una detección temprana hasta el tratamiento de dichas afecciones.⁽⁶⁾

Entonces si se llega a ser capaz de diagnosticar e interferir aquellos hábitos parafuncionales que comienzan en la infancia, entonces se habrá realizando una labor preventiva. Es de vital importancia conocer acerca de la frecuencia de este tipo de problemas ya que como profesionales de la salud es necesario estar informados de enfermedades que muchas veces no se les brinda la importancia necesaria, debido a lo anterior, este estudio podrá ser de gran ayuda para así determinar la población afectada, el tipo de alteraciones. Asimismo, esto podrá ser de ayuda para los especialistas que atienden este tipo de padecimientos, prestando más importancia a los problemas que el paciente presente e interesándose más acerca de ellos, y a su vez brindarles las estadísticas que dicho estudio arroje para poder establecer la frecuencia de los hábitos orales.⁽⁷⁾

Una de las finalidades es que se pueda contar con mayor información y ampliar dichas estadísticas a nivel regional, así como también poder realizar

otros estudios que arrojen diversos tipos de información tales como: factores que afectan a un grupo en especial, edad o factores ambientales.

Muchos de estos problemas pueden ser tratados en edades tempranas con procedimientos sencillos y económicos. En la actualidad no existe un programa social dirigido a la prevención de dichos hábitos, así como tampoco existen investigaciones y servicios que solventen este problema.

Esta investigación es para contribuir con conocimientos propios de nuestra realidad; ya que actualmente en el Perú existen pocas investigaciones de esta índole y en el departamento de Huánuco no existen investigaciones publicadas ni registradas; y de esta manera conocer cómo es que el contexto sociocultural de esta localidad carente de odontólogos especialistas para este grupo de niños, en este tipo de atención se ve afectado por las condiciones de su entorno y los hábitos que este desarrolla o tiene. ⁽⁸⁾

1.7. LIMITACIONES

- La limitación temporo espacial estuvo conformada por los escolares del Centro Educativo Especial “NIÑO JESUS DE PRAGA” y Institución Educativa “ESTEBAN PAVLETICH”, Huánuco 2015.
- Limitación teórica, no se encontró información regional.
- Limitación administrativa, el personal que labora, tanto profesores y apoyos en las instituciones educativas falta de interés por la salud bucal.
- Limitación de recursos humanos, falta de interés de los padres de familia para brindar el consentimiento informado para que sus hijos participen del estudio.
- Poca colaboración para el diagnóstico clínico de algunos niños por temor.
- Programación de actividades lectivas de los Centros Educativos en Huánuco.
- Interrumpir en el centro de estudios con las clases y exámenes.

II. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Martín C. “Hábitos Parafuncionales Orales en una Población de Pacientes Especiales” - España Noviembre 2011.

El objetivo de este estudio fue determinar los hábitos parafuncionales en una población de 206 pacientes con necesidades especiales.

Realizo un estudio retrospectivo transversal en 206 niños con necesidades especiales después del tratamiento buco dental con anestesia general,

Resultados: donde determino que la respiración bucal fue el más frecuente (60,9%), apareció bruxismo en un 51,5% y onicofagia en un 24,9%. Fue significativo estadísticamente que las niñas presentaron con más frecuencia succión digital ($p < 0.05$) y que este hábito se dio en niños más pequeños ($p < 0.01$).

Además concluyeron que los hábitos parafuncionales son muy frecuentes en los pacientes especiales. ⁽⁹⁾

Murrieta J, Martínez L, Morales J, Linares C, González M. “Frecuencia y Distribución de Hábitos Parafuncionales en un grupo de Escolares Mexicanos en el año Mexico-2014”,

El objetivo fue evaluar la frecuencia de hábitos parafuncionales en un grupo de escolares del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.

Métodos: se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, en 300 niños de entre 6 y 11 años de edad. La encuesta epidemiológica se desarrolló en dos momentos: el primero consistió en la

aplicación de un cuestionario a padres de familia y el segundo, en un examen bucal de los escolares.

Resultados: se determinó que el 34.7% presentó, por lo menos un hábito oral parafuncional, siendo más frecuente en las categorías de seis y siete años de edad, y no mostrando diferencias importantes por sexo.

La onicofagia fue el hábito de mayor frecuencia (20.7%) y la respiración bucal (15.7%). El 34,7% de la población estudiada presentó, al menos, un hábito oral parafuncional. De acuerdo con la edad, la categoría de 6 años presentó el mayor porcentaje de casos (10,7%), y por sexo las niñas mostraron un porcentaje mayor de casos (16,3%), diferencias que no resultaron ser estadísticamente significativas tanto por edad ($X^2= 7,664$, $p = 0,221$) como por sexo ($X^2Y = 0,101$, $p = 0,751$). En cuanto al hábito de succión digital, este se presentó en el 1,7% de la población, más observado en la categoría de 6 años (1,3%), y en los niños (1,0%). Este hábito tampoco resultó estar asociado con la edad ($X^2= 0,378$, $p = 0,83$) ni con el sexo ($X^2Y= 0,636$, $p = 0,425$) (tabla 1). El porcentaje de casos de onicofagia fue del 20,3%, por edad se observó un porcentaje mayor en el grupo de 6 años, de donde se infiere que la onicofagia está muy asociada con la edad ($X^2= 20,239$, $p = 0,0001$), no así con el sexo ($X^2Y= 0,649$, $p = 0,208$), a pesar de que las niñas fueron las que más lo mostraron en comparación con los niños. El hábito de protracción lingual se presentó en el 2,3% de los niños examinados, siendo la categoría de edad de 6 años la que lo presentó con mayor frecuencia (1,3%). Asimismo, el porcentaje de frecuencia de este hábito fue similar tanto en hombres como en mujeres (1,3% y 1,0%, respectivamente), sin que se observara relación alguna de este hábito con la edad ($X^2= 3,827$, $p = 0,148$) ni con el sexo ($X^2Y= 0,198$, $p = 0,656$). Con respecto al hábito de respiración bucal, el 15,7% de los escolares lo presentó, siendo las categorías de menor edad las que lo mostraron con mayor frecuencia (3,7%-4,7%), sin que se observara relación entre ambas variables ($X^2 = 2,977$, $p = 0,226$). De igual manera, los niños lo presentaron con mayor frecuencia sin que esto mostrara asociación alguna de este hábito con la variable sexo ($X^2Y= 0,073$, $p = 0,787$; tabla 1). Por último, se debe resaltar el

hecho de que en la población no se observó ningún caso de hábito de succión labial, queilofagia o uso de chupones y mamilas

Conclusiones. La frecuencia de hábitos parafuncionales fue baja, sin que se asociara a la edad y al sexo. ⁽¹⁰⁾

Murrieta J, Allendelagua B, Pérez L, et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad pre-escolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México-2011,

Objetivo de evaluar la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en un grupo de preescolares

Es un estudio epidemiológico de carácter descriptivo, observacional, transversal y prolectivo, en el que se incluyeron 211 pre-escolares.

Se determinó que el 68.2% de la población estudiada presentó, al menos, un hábito bucal parafuncional. La onicofagia fue el hábito de mayor prevalencia. El hábito de succión digital fue de 8.5%. En cuanto a su distribución conforme a la edad, la mayor frecuencia la mostró la categoría de cinco años (3.8%). En relación con el género, los hombres presentaron una prevalencia mayor en comparación con las mujeres (5.2 y 3.3%, respectivamente).

El hábito de succión labial fue de 8.0%. Por edad, el grupo de cuatro años fue el que mostró un porcentaje mayor (4.3%). Asimismo, en el género masculino fue más frecuente que en el femenino (5.2 vs. 2.8%).

La onicofagia fue de 35% y la categoría de edad que presentó una mayor frecuencia fue la de cinco años (39 casos). En relación con el género, tanto mujeres como hombres presentaron un porcentaje similar de casos (17.6 y 17.5%, respectivamente).

La protracción lingual fue observada en 6.2% de los casos; por edad, los niños de cuatro años (3.8%), y por género, las niñas (3.3%) evidenciaron un mayor porcentaje. La queilofagia tuvo una prevalencia de 5.2%; por edad, el grupo de cinco años (4.3%), y por género, las niñas (2.8%) presentaron los porcentajes más altos. En cuanto al hábito de mordedura de objetos, la prevalencia fue de

7.6%, el mayor número de casos se observó en niños de cinco años de edad (12 casos), en comparación con la ausencia de casos en niños de tres años. En relación con el género, se observó que el comportamiento se presentó tanto en niñas como en niños, con una frecuencia de ocho casos para cada una de estas categorías. El 7.6% de los preescolares mostró el hábito del uso de chupón o mamila. El mayor porcentaje lo presentó el grupo de edad de tres años (3.8%), mientras que el comportamiento resultó ser igual tanto para mujeres como para varones (3.8% en ambas categorías).

El hábito de respiración bucal estuvo presente en 9.5% de los preescolares; el grupo de cinco años mostró un porcentaje más alto de casos (4.3%). Por su parte, el mayor porcentaje de casos lo presentó el género masculino (5.2%) en comparación con 4.3% del femenino. La relación entre la edad y la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales resultó ser significativa, mientras que la relación entre el género y los hábitos bucales parafuncionales no estuvieron asociados. ⁽¹¹⁾

Cortesea S, Biondi A. En su estudio titulado Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. Argentina marzo – 2013.

El objetivo de este estudio es describir la frecuencia de hábitos parafuncionales y disfunciones miofuncionales orales, y valorar su asociación con signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en pacientes que concurren al Área de TTM de la Cátedra de Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología.

Metodología. Los datos de las historias clínicas del período 2012-2013 se ingresaron a planillas para el registro de edad, sexo, motivo de consulta, compromiso emocional, signos, síntomas, diagnóstico, disfunciones y parafunciones, para su análisis estadístico.

Resultados. La muestra quedó constituida por 133 pacientes de 12 años \pm 3 años. El 96% presentaban disfunciones o parafunciones. Respecto a las disfunciones presentes en el 78% del total de la muestra, 48% correspondieron a deglución disfuncional, 45% a respiración bucal o mixta y 29% a masticación unilateral o anterior. En relación a las parafunciones, detectadas en el 81%, el bruxismo se presentó en el 74% de los pacientes, el hábito de mascar chicle en el 55%, la onicofagia en el 48%, mordisqueo 28%, jugueteo mandibular 22% y succión en 14%. Estadísticamente, mediante las pruebas de χ^2 y exacta de Fisher, se encontraron asociaciones significativas

Conclusiones. Se observó una alta prevalencia de disfunciones y parafunciones que se asociaron en forma significativa con síntomas de trastornos temporomandibulares. ⁽¹²⁾

Sarellano K. "Presencia de hábitos orales deformantes de la oclusión y maloclusión dental en una población escolar de 3º, 4º Y 5º años de primaria en el área metropolitana de Monterrey". México 2013.

El objetivo fue Determinar la presencia de hábitos orales deformantes de la oclusión y maloclusión dental en una población escolar de 3º, 4º y 5º año de Primaria en el área Metropolitana de Monterrey, Así como determinar si existe relación con el género.

El diseño del estudio fue transversal. La población de estudio fueron 385 Niños de 3ero a 5to año de primaria en escuelas públicas del Área Metropolitana de Monterrey durante el período Septiembre- Diciembre 2012. Para la recolección de datos se utilizaron Cuestionarios e historias clínicas de los sujetos de estudio que cumplieron con los requisitos de inclusión.

Resultados: El estudio permitió conocer la prevalencia de hábitos orales deformantes de la oclusión y maloclusión dental en una población escolar de 3º, 4º y 5º año de primaria en el área metropolitana de Monterrey. Los resultados fueron, un 60 % de prevalencia de por lo menos un hábito oral deformante en alguna etapa de su vida, mientras que sólo el 27% presentaron más de dos hábitos orales. La maloclusión más frecuente fue la Clase I con un 55%, la

clase II presentó un 36%, mientras que la maloclusión clase III solo se localizó en un 8%.⁽¹³⁾

Miamoto B, Pereira L, Ramos M, Et.al.- Prevalencia y factores predictivos de bruxismo del sueño en niños con y sin deterioro cognitivo. Brasil - octubre del 2011.

El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia y los factores asociados con la manifestación clínica de la bruxismo en niños con y sin deterioro cognitivo. La muestra se compone de 180 individuos: Grupo 1 - sin deterioro cognitivo; Grupo 2 - con síndrome de Down. Las características bio-psicosocial se evaluaron mediante un cuestionario y un examen clínico. El análisis utilizó la prueba de chi-cuadrado ($p < 0,05$) y la regresión logística multivariante.

La prevalencia del bruxismo fue del 23%. No hubo diferencias significativas entre los grupos ($p = 0,970$). Los individuos con hábitos de succión (OR [IC del 95%] = 4,44 [1.5 a la 13.0]), mordida cruzada posterior (OR [IC del 95%] = 3,04 [1.2 a 7.5]) y facetas de desgaste de los dientes (OR [IC del 95%] = 3,32 [1.2 a 8.7]) tenían una mayor probabilidad de bruxismo.

Los estudios han encontrado una mayor prevalencia del bruxismo del sueño (SB) en individuos con deterioro cognitivo.⁽¹⁴⁾

López R, López P. La prevalencia del bruxismo en niños mexicanos con síndrome de Down. México- Julio del 2012,

Objetivo determinar la prevalencia de bruxismo en una comunidad de niños mexicanos con síndrome de Down, y para evaluar la relación del bruxismo con la edad, sexo, nivel de discapacidad intelectual, y el tipo de anomalía cromosómica de la trisomía 21.

El uso de un diseño transversal, 57 niños y niñas (3 a 14 años de edad) fueron examinados. Se emplearon tres métodos para establecer la presencia o ausencia de bruxismo: cuestionario de los padres, el examen clínico y el estudio dental en yeso. Los datos fueron analizados mediante análisis variados y de regresión logística condicional.

Se encontró que la prevalencia global de bruxismo fue del 22%. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el bruxismo y la edad, sexo o nivel de discapacidad intelectual. Hubo, sin embargo, una asociación significativa entre el bruxismo y el tipo de anomalía cromosómica.⁽¹⁵⁾

ANTECEDENTES NACIONALES:

Zapata M, Lavado A, Anchelia S. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio de educadores. LIMA- 2014.

Objetivos: relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en el Colegio Los Educadores.

Material y Método: se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 6 a 12 años con criterios de inclusión y exclusión. Se registraron los datos en una ficha clínica previamente validada. La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas: en la primera etapa se aplicó una encuesta al padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 15.

Resultado: La presentación de los resultados de las variables maloclusión dentaria y hábitos bucales. La prevalencia del hábito de onicofagia (25,3%), como segundo hábito más frecuente la succión digital (18,2%), y el bruxismo en tercer lugar (12,3%). En porcentajes muy bajos se encuentra la

deglución atípica, succión de labio y respiración oral. se observa que la maloclusión dentaria anteroposterior predominante es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%). Dentro de las maloclusiones dentarias verticales existe mayor prevalencia de mordida profunda en 29,9% y, en menor porcentaje, la mordida abierta anterior con 4,5%. En cuanto a las maloclusiones dentarias transversales, existe prevalencia de mordida en tijera unilateral (0,6%), no se encontró prevalencia de mordida cruzada posterior. No existe diferencia significativa entre el sexo con la presencia de maloclusión dentaria anteroposterior, maloclusión dentaria vertical y maloclusión dentaria transversal ($p>0,05$).

Conclusión: si existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en el Colegio Los Educadores.
(16)

ANTECEDENTES REGIONALES:

No se encontraron antecedentes regionales.

2.4 BASES TEÓRICAS

2.4.1 HÁBITOS PARA FUNCIONALES:

Se denomina hábito al acto que, adquirido mediante un proceso de aprendizaje, llega a efectuarse de manera inconsciente. Los hábitos Pueden ser considerados comportamientos obtenidos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los hábitos bucales se clasifican como 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, deglución y fonoarticulación.

La succión digital es el hábito más arraigado, persistente y de mayor dificultad de corrección. Entre las teorías que lo explican la más aceptada es la teoría del reaprendizaje neuromuscular según la cual el hábito se debería a una respuesta aprendida para satisfacer el hambre o conseguir otro tipo de bienestar general. De tal manera que queda fijado como conducta y puede iniciar el hábito si se convierte en algo repetido. ⁽¹⁷⁾

2.4.1.1 BRUXISMO

Los niños pueden hacer crujir o rechinar sus dientes durante la noche. El Bruxismo se produce con mayor frecuencia en pacientes con alteraciones del SNC, síndrome de Down, los investigadores del sueño calculan que el 15% de los que son normales y saludables son también bruxópatas

El Bruxismo ocurre principalmente en la segunda fase del sueño no relacionada con algún contenido mental en ese momento, asociado con aumento de la frecuencia cardíaca y movimientos corporales.

La edad también se considera un factor condicionante y presenta una relación inversa con la presencia de Bruxismo. Suele aparecer en los niños entre 4 y 6 años y tiende a disminuir con la edad, después que erupcionan los molares permanentes y los dientes incisivos, sin embargo, otros autores lo asocian directamente con los trastornos temporomandibulares en la población infantil, que puede persistir en la edad adulta y no tiene predisposición por el sexo.

La aparición de la enfermedad se atribuye a múltiples causas, que resultan complejas y con frecuencia difíciles de asegurar. El Bruxismo es un trastorno complejo, condicionado por factores predisponentes como son: los psicológicos, emocionales, estomatológicos y sistémicos, tales como: parasitosis intestinal, deficiencias nutricionales, alergias y trastornos endocrinos, así como ocupacionales e idiopáticos. ⁽¹⁸⁾

Bruxismo es el que se observa hipertrofia de los maseteros y atricciones severas en los dientes. Junto a este síndrome el bruxismo se ha visto asociado a hábitos de succión digital, respiración bucal y lengua protráctil, en los cuales se ha observado, que el 71% de los niños presentan atricciones severas en sus dientes como consecuencia del rechinar.

Signos y síntomas: El diagnóstico del bruxismo se realiza mediante un examen extrabucal e intrabucal en la dentición temporal y mixta. Los signos y síntomas más frecuentes en los niños son: los desgastes oclusales, sonidos audibles y ruidos al nivel de la ATM.

La mayoría de los niños que presentan bruxismo son asintomáticos, no tienen dolor ni molestias en la ATM. Se detecta por la preocupación de los padres al escuchar sonar los dientes mientras duermen o por la revisión del estomatólogo o el pediatra. En estos pequeños pacientes se observa un desgaste en las estructuras dentarias y ruidos al nivel de la ATM con mayor

frecuencia, entre otros. Síntomas del bruxismo y los dividieron en seis categorías principales:

- En los **dientes** el bruxismo puede traer como consecuencia: fractura, intrusión, extrusión, apertura de los contactos, desviación, erosión, abrasión o enfermedad de la pulpa. Se puede identificar por la fractura de los dientes, cúspides y las desviaciones oclusales y la sensibilidad de los dientes.
- El **desgaste anormal de los dientes** es el signo del bruxismo que con más frecuencia se menciona aunque este no es un indicador del diagnóstico de la anomalía. Dado que los movimientos parafuncionales se realizan fundamentalmente en sentido protrusivo-retrusivo, los incisivos centrales, seguidos de los incisivos laterales y los caninos, son los dientes que manifiestan en primer lugar las facetas de desgaste.
- Su acción sobre el **periodontio** parece ser controvertida: en algunos casos provoca debilitamiento del ligamento periodontal y en otros, paradójicamente, la destrucción dentaria va unida a un fortalecimiento del alojamiento radicular en el hueso alveolar.
- La **movilidad** de los dientes causada o agravada por el bruxismo es de considerable preocupación ya que esta puede predisponer a los contactos abiertos, impacto por los alimentos o acumulación de los irritantes locales en los espacios interdentes y fisuras de la gingiva.
- Con frecuencia se ha atribuido al bruxismo, **rigidez maseterina matutina y cierto dolor y/o fatiga muscular** en la región temporomandibular. Estos síntomas no son exclusivos del bruxismo, además son difícilmente apreciables, variando sustancialmente con la interpretación del dolor por parte del paciente.

Sin embargo, también es cierto que existe una gran mayoría de bruxópatas que no tienen ninguna sintomatología de este tipo. Esto, puede deberse a la presencia de diferentes tipos de bruxismo dentro de la misma entidad nosológica, unos sintomáticos y otros solo con síntomas dentales. ⁽¹⁹⁾

CLASIFICACION:

- **Bruxismo Céntrico** (apretamiento), daña el cuello de los dientes provocando generalmente abfracciones cervicales, siendo los premolares las piezas más comúnmente dañadas por su posición en la mandíbula. Además de acompañarse de cefaleas tipo tensional.
- **Bruxismo Excéntrico** (frotamiento), daña el borde incisal y oclusal de los dientes, generando atriciones en distinto grado. Los movimientos excursivos de la mandíbula siguen un patrón definido que se relaciona con el desgaste en las piezas (al momento de deslizar los dientes, los desgastes son coincidentes), afecta mayormente a incisivos.

GRADO DE AFECTACIÓN

- **Grado I** (hábito incipiente): La presentación no es agresiva, su reproducción es por un corto periodo de tiempo y a veces de manera ocasional, aunque puede ser inconsciente para el paciente, es reversible ya que aparece y se desvanece por sí solo, puede desaparecer cuando el sujeto lo hace consciente.
- **Grado II** (hábito establecido): En este grado la ansiedad ya se encuentra presente, la reproducción está condicionada a los factores facilitadores, la presentación es inconsciente para el paciente y desaparece cuando el sujeto lo vuelve consciente.
- **Grado III** (hábito poderoso): La reproducción es constante hasta dentro del entorno familiar y social por incorporación del paciente. Es excesiva e irresistible para el sujeto que la padece aun siendo consciente. Las lesiones en las estructuras dentofaciales son de considerable magnitud y en algunos casos las lesiones son permanentes.

DIAGNÓSTICO

Cuando el diagnóstico es establecido durante un examen dental y si en estos enfermos las lesiones suelen ser mínimas o imperceptibles, no está indicado ningún tratamiento local sino más bien se establece la atención a los trastornos de ansiedad. Si bien es cierto existen signos claros como cefaleas matutinas, abfracciones y atriciones dentales, e incluso relato de terceros, el gold standar para el diagnóstico de bruxismo sigue siendo la polisomnografía.

El bruxismo es inconsciente hasta que se hace del conocimiento del paciente, el primero en detectarlo es el dentista al observar el desgaste exagerado de los dientes (facetos) en áreas funcionales y desgaste moderado en áreas no funcionales, ensanchamiento de las zonas oclusales y reducción de la dimensión vertical de la cara, en ocasiones son los familiares quienes ponen en alerta al paciente pues de silencioso se vuelve sonoro y molesto.

Al principio el paciente «juega» con el contacto dentario sin fuerza ni contracción, sin embargo bajo un estado de tensión emocional se produce una mayor presión sobrepasando el umbral de los receptores periodontales a la presión y el paciente ya no está consciente y los músculos ya no se relajan. Es difícil obtener un diagnóstico sin el interrogatorio testimonial si el paciente desconoce el problema por lo que se pide ayuda de los familiares para verificar la situación, se les pide que durante el sueño profundo del paciente intenten abrir la boca tomándolo con los dedos índice y pulgar por la barbilla intentando separar los dientes, en estado normal de reposo se abrirá la boca satisfactoriamente, en el caso contrario, un estado de tensión, se tornará difícil separar los mismos. ⁽²⁰⁾

2.4.1.2 SUCCIÓN DIGITAL.

Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro. Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua, que deja ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo sobre el paladar.

La succión del pulgar provoca generalmente una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula, ocasionada por la presión que ejercen la mano y el brazo.

TIPOS DE HÁBITOS DE SUCCIÓN

SUCCIÓN DEL PULGAR: Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

SUCCIÓN DEL DEDO ÍNDICE: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

SUCCIÓN DEL DEDO ÍNDICE Y MEDIO: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

SUCCIÓN DEL DEDO MEDIO Y ANULAR: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

SUCCIÓN DE VARIOS DEDOS: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

EFECTOS BUCALES DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL:

- Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- Mordida abierta anterior.
- Prognatismo alveolar superior.
- Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada.

TRATAMIENTO DE LA SUCCIÓN DIGITAL:

- Explicar al niño con palabras acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia.
- Aparatología removible o fija (rejilla lingual)
- Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral. ⁽²¹⁾

2.4.1.3 ONICOFAGIA

La **onicofagia** es el hábito de "comerse las uñas" generalmente de los dedos de las manos, o una manía si no puede controlarse. Es una enfermedad de carácter psicológico, que puede precisar de ayuda profesional. La persona que padece onicofagia puede llegar al extremo de retirar sus uñas hasta dejar la piel al descubierto.

Si bien la onicofagia es rara antes de la edad de 3 años, el 30 por ciento de los niños entre 7 y 10 años de edad y el 45 por ciento de los adolescentes practican este hábito.

En los adultos la prevalencia de este hábito disminuye, esto podría estar relacionado con las diferencias geográficas y culturales.

A pesar de que la onicofagia no parece tener más incidencia en hombres o mujeres, los resultados de los estudios epidemiológicos enfocados en este aspecto no son completamente confiables. Muchos de los estudios pueden subestimarse ya que las personas tienden a negar o ignorar sus hábitos negativos, lo que complica un diagnóstico. Las personas que tienen padres con trastornos mentales enfrentan un factor de riesgo alto de padecer este hábito.

(22)

LA ONICOFAGIA Y LA SALUD DENTAL

El hábito crónico de morderse las uñas es perjudicial a largo plazo para la sustancia adamantina frontal de los dientes, aumentando la caries en las zonas afectadas; además, puede modificar la arcada de acuerdo a la función que realizan los dientes al protruir la mandíbula, generando una "mordida borde a borde"

Si se produce un incremento notable en la frecuencia de este hábito, las probabilidades de que las piezas dentales se infecten por las bacterias

presentes en las uñas se incrementa, por lo tanto la caries se puede ver agravada. El daño producido en el esmalte dentario tras cada acción de mordida es notorio, llegando incluso a producir maloclusión.

ONICOFAGIA FRENTE A ESTÉTICA DENTAL

La onicofagia o mordisqueo de uñas es un hábito patológico muy extendido en infancia y edad juvenil que influye negativamente en estéticas dental y bucal.

Existe un gran interés por parte de dentistas y pacientes ante el aspecto estético de la dentición.

La continua y reiterativa manía, ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, dientes de enorme repercusión en la buena apariencia de la sonrisa.

Los microtraumatismos que el mordisqueo ocasiona en las mucosas labiales hacen que la patología infecciosa sea más frecuente en estos pacientes. Así mismo, la estética de las manos se ve mermada por la presencia de uñas escasas e irregulares.

Imagen típica de unos dedos de mordedor de uñas con alteración de tejidos periungueales. La psicología moderna emplea técnicas de modificación de conducta para el tratamiento de la onicofagia.

La génesis de la mordedura de uñas asume que la mayoría de los afectados presentan la consecuencia de un comportamiento que no se extinguió convenientemente en su momento a los dos o tres años, cuando el niño se chupaba el dedo.

La onicofagia en las formas agudas puede dañar el lecho ungueal y la matriz. También puede complicarse con verrugas periungueales y padrastrós. Infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral así como alteraciones

de la estética de los dientes, por abrasión, erosión, astillamiento y malposición, están presentes.

Es típico el cuadro en la consulta de psicólogos y psiquiatras de la paciente mordedora de uñas que siente aversión por lo antiestético de sus manos y que ha intentado en repetidas ocasiones abandonar el vicio sin lograrlo, acudiendo a todo tipo de terapias: unturas amargas, ansiolíticos, etc. ⁽²³⁾

2.4.1.4 RESPIRACIÓN BUCAL

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.

SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES DEL RESPIRADOR BUCAL

- Tos seca
- Tos nocturna
- Incapacidad respiratoria
- Apneas obstructivas del sueño
- Trastornos en el desarrollo del macizo facial (paladar estrecho y hundido, mandíbula elongada)
- Deglución atípica
- Dientes mal implantados
- Sinusitis
- Otitis
- Falta de atención

- Retraso escolar

Es necesario destacar que en el respirador bucal, el choque de dos fuerzas musculares opuestas (la lengua y el cinturón labial, o sea, labios, mejillas y lengua) causa desequilibrio entre los músculos de cierre y apertura de los labios, que hacen que la boca normal en reposo quede cerrada sin ninguna presión, solamente por tonicidad.

Cualquier cambio producido en la actividad muscular o en su tonicidad, se reflejará por síntomas clínicos como son: interposición lingual, respiración bucal, incompetencia labial (labios permanentemente abiertos) y sigmatismo. Estos son los síntomas más característicos del desequilibrio muscular.

A medida que se produce el crecimiento en el esqueleto en el respirador bucal hay una atrofia del maxilar superior con deformidades y asimetría de la bóveda palatina (paladar ojival), trastornos de calcificación, implantación y oclusión dentaria. Es necesario mencionar que el equilibrio muscular es uno de los elementos que ayudan al establecimiento del balance dentario

Otro dato importante es considerar que al ocurrir habitualmente en niños de 1 a 5 años de edad, etapa donde se adquiere el lenguaje y etapa base para el aprendizaje escolar que está por venir la respiración bucal, puede afectar el desarrollo cognitivo infantil.⁽²⁴⁾

Habito de respiración bucal

La respiración normal, conocida como respiración nasal, es aquella en la que el aire ingresa libremente por la nariz con un cierre inmediato de la boca, originándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración; la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo.

Los respiradores bucales se pueden dividir en dos grupos:

VERDADEROS RESPIRADORES BUCALES.- pueden presentarse como consecuencia de las siguientes causas obstrucciones funcionales, mal hábito respiratorio, e hiperlaxitud ligamentosa.

Los respiradores bucales en general son pacientes que en algún momento tuvieron algún factor obstructivo presente, como deglución atípica, interposición lingual y succión del pulgar entre otros, que condicionaron este tipo de respiración, y que el paciente la mantuvo a través del tiempo a pesar de haber desaparecido la causa obstructiva inicial.

Además existen pacientes que tienen una hiperlaxitud ligamentosa, característicamente son niños que tienen alteraciones posturales producto de su hiperlaxitud. Estos niños tienen una gran capacidad de flexionar sus articulaciones, pueden tener alteraciones en la posición de la columna y la mandíbula inferior tiende a caer y el paciente abre la boca, esto último puede favorecer una respiración bucal.

FALSOS RESPIRADORES BUCALES.- Los falsos respiradores bucales son niños que tienen la boca abierta; pero respiran por la nariz, algunos tienen interposición lingual entre las arcadas dentarias, pero no pueden respirar por la boca ya que está obstruída, la respiración es por la nariz. ⁽²⁵⁾

METODOS

DIAGNOSTICOS.

Examen de la función respiratoria:

Para poder evaluar si un paciente es respirador bucal o no, debemos estar atentos desde el momento en el que el paciente ingresa a nuestro consultorio, su manera de hablar de expresarse, sus rasgos y características faciales, y si mantiene los labios cerrados o abiertos cuando está en reposo. Posteriormente

procedemos a la anamnesis y al interrogatorio clínico de sus padres. Finalmente debemos evaluar clínicamente la presencia de mal oclusiones, la posición de la lengua, la forma del paladar, si posee incompetencia labial y la presencia de gingivitis, que son parte de las características que poseen los pacientes respiradores bucales.

- El algodón. Se acerca un pequeño trozo de algodón al orificio nasal (una vez por cada lado) y el paciente debe inspirar y expirar, debiéndose observar el movimiento del algodón ante la corriente de aire. Si el algodón no se mueve de alguno de los dos lados puede haber una obstrucción nasal respiratoria de ese lado.
- El espejo de Glatzel. Colocamos un espejo bajo la nariz del paciente y le indicamos que inspire y espire. El espejo se empañara simétricamente, si el espejo no se empaña de alguno de los dos lados puede haber una obstrucción nasal respiratoria de ese lado.

Manifestaciones clínicas de pacientes respiradores bucales:

Cambios Faciales:

- Aumento del tercio facial inferior.
- Cara estrecha y larga, hipodesarrollo de los huesos propios de la nariz, ojeras profundas, ojos caídos, boca abierta, incompetencia labial.
- Hipertrofia del músculo borla del mentón.
- Labio superior corto e incompetente.
- Labio inferior grueso y evertido.
- Labios agrietados, resecos, con presencia de fisuras en las comisuras (queilitis angular) podría conseguirse candidiasis.

Cambios bucales:

- Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual.
- Mordida cruzada posterior, uni o bilateral.
- Posición baja de la lengua con avance anterior e interposición de la misma entre los incisivos.
- Arcada superior en forma triangular.
- Opacidad e hipodesarrollo de los senos paranasales, que forman la base de la arcada dental superior.
- Presencia de hábitos secundarios (deglución atípica, succión labial), que agravan la posición de los incisivos.
- Apíñamiento.
- Retrognatismo del maxilar inferior o rotación mandibular hacia abajo y atrás, aumento de la hiperdivergencia.
- Gingivitis crónica (encías sangrantes e hipertróficas), consecuencia de la deshidratación superficial a que son sometidas por falta del cierre bucal y del paso del aire. ⁽²⁶⁾

2.4.1.5 SUCCIÓN LABIAL

La Succión Labial o Queilofagia es el hábito nocivo de morderse los labios y los carrillos. Es un hecho conocido que la queilofagia o succión de los labios ocurre cuando asumimos en la niñez la costumbre de chuparnos el dedo o sencillamente el tete se convierte con el devenir en un hábito bucal deformante, lo que debe alertar a la familia para, sin pérdida de tiempo, establecer medidas oportunas de prevención o tratamiento.

Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet.

CONSECUENCIAS DE LA SUCCIÓN LINGUAL:

Algunas personas realizan una fuerte succión con la punta lingual contra el paladar duro, de tal manera que la lengua queda succionada hacia atrás en forma de sobre.

Ensanchamiento lingual. Sigmatismo lateral (elevación de la lengua por un lado, permitiendo la salida del aire por el lado opuesto en el momento de la articulación).

Efectos bucofaciales de la interposición labial:

- Protrusión dentoalveolar superior.
- Retroinclinación de incisivos inferiores.
- Labio superior hipotónico.
- Labio inferior hipertónico.
- Incompetencia labial.
- Hipertrofia del musculo mentoniano.
- La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
- Mordida profunda.
- Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
- Retrognatismo mandibular.

Tratamiento

Utilización de Lip Bumper, este aparato va influenciar favorablemente el desarrollo de la arcada inferior, ya que al separar el labio de los dientes anteroinferiores , se produce una expansión espontanea de dicha arcada. ⁽²⁷⁾

2.4.1.5.1 INTERPOSICIÓN LINGUAL

La protracción lingual ha sido discutida ampliamente en la literatura, unos la consideran patrón anormal de deglución, mientras que otros la definen como quienes sostienen esta segunda opinión plantean que no es la deglución sino la posición en protrusión de la lengua durante el reposo la causante de la deformidad.

Proffit refiere que 1000 degluciones diarias son insuficientes para alterar el equilibrio. Sin embargo, si un paciente mantiene una posición de reposo anterior de la lengua, la duración de esa presión aunque sea leve, podría alterar la posición vertical u horizontal de los dientes. Ocasionalmente, la protrusión de la punta de la lengua se asocia a una alteración de la postura lingual, mientras que si esta es normal, la deglución con protrusión carecerá de consecuencias clínicas.

A pesar de las discrepancias existentes respecto al comportamiento primario o secundario de la lengua, es imprescindible la realización de un análisis funcional más profundo, donde además de la función lingual, se evalúe el papel de la postura, tamaño y forma de la lengua como posibles factores etiológicos en la producción de maloclusiones características, incluso en aquellas que se manifiestan componentes morfogenéticos.⁽²⁸⁾

Para Vellino existen dos formas de definir la postura normal de reposo de la lengua: una donde toda la parte anterior de la lengua contacta con la papila palatina y otra donde el dorso de la lengua toca levemente el paladar, mientras que la punta normalmente está en reposo en la fosa lingual o surco de los incisivos inferiores. Al referirnos al tamaño y forma de la lengua sabemos que existen numerosas variaciones y a su vez métodos clínicos que determinan la existencia o no de deformidades en esta masa muscular.

Los casos con presencia de macro o microglosia se correlacionan con determinados síntomas de la zona dentoalveolar y el patrón esquelético, que se deben tener en cuenta en la valoración. Una vez que se valore la magnitud de la fuerza y se examinen las relaciones dentoalveolares y esqueléticas, podrá emitirse un diagnóstico diferencial certero acerca del comportamiento funcional primario o secundario de la disfunción lingual. En el primer caso, la función y postura anormales de la lengua constituyen factores causales que originan maloclusiones localizadas, mientras que en la disfunción compensatoria hay deformidad previa de las estructuras esqueléticas y la lengua solo se adapta secundariamente a esta situación.

Sin embargo, las consecuencias de la postura y función anómalas de la lengua sobre la superficie dentoalveolar dependen también del patrón esquelético. En un paciente con tendencia al crecimiento horizontal, la presión lingual anterior puede provocar protrusión bimaxilar y a menudo separación entre los segmentos incisivos; mientras que un patrón de crecimiento vertical, la postura lingual puede abrir la mordida e inclinar lingualmente los incisivos inferiores, favorecido este último por un constante chupeteo del labio inferior. Con lo expuesto anteriormente podemos percatarnos de las múltiples aristas que presenta la interposición lingual en reposo, en cuanto a su comportamiento y posibles consecuencias.⁽²⁹⁾

2.4.2 SINDROME DE DOWN

La anomalía cromosómica que causa el síndrome Down fue descubierta a mediados del siglo pasado. Es un defecto congénito caracterizado por un importante retraso mental y algunas manifestaciones físicas. Su incidencia varía desde 1 en 600 hasta 1 en 700 nacimientos; sin embargo, se produce el aborto espontáneo durante los primeros meses del embarazo en más del 50% de los fetos afectados. La mayoría de los enfermos de Trisomía 21 (94%) se debe a una disfunción que origina un cromosoma extra; los pacientes restantes pueden tener una de diversas anomalías cromosómicas. El tipo de traslocación ocurre en el 3% de los casos, el mosaico en 2% y aberraciones cromosómicas raras en el 1%; además, se relaciona también con edad materna avanzada.

Etiología

Las posibilidades etiológicas del Síndrome incluyen, mosaico no detectado en un padre, exposición repetida a un ambiente agresivo, predisposición genética a la falta de disyunción, con un cromosoma 21 extra, de embriones o fetos con trisomía 21, hijos de madres con edad avanzada. Los padres de cualquier edad que tienen un niño con trisomía 21 tienen un riesgo importante (cerca de 1%) de tener otro niño afectado, este riesgo de recurrencia es equivalente al que se presenta en niños de madres mayores de 45 años de edad. No parece tener predilección racial, social, económica o por algún sexo.

Características Físicas de las personas con síndrome Down

Corta estatura, braquicéfalo con occipital relativamente plano, ojos oblicuos frecuentemente con manchas en el iris, es extraordinariamente frecuente el hundimiento del puente de la nariz, la cual por otra parte es ligeramente respingada, no es raro que exista desviación del tabique nasal. Estas características de la nariz junto con las del poco desarrollo de los huesos de la

cara, es lo que da la apariencia de que la cara de los niños Down se encuentra aplanada. Cuello grueso y corto, manos cortas y anchas y quinto dedo incurvado, en los pies tienen el 1er y 2do dedo muy espaciado, piel seca con eczemas e hiperqueratosis, hipotonía en el tono muscular.

Las alteraciones esqueléticas incluyen hipoplasia del maxilar y del esfenoides, anomalías pélvicas y costales, luxación de cadera y subluxación de la rótula. De particular importancia es la inestabilidad atlantoaxoidea que presentan entre el 12 y el 20% de pacientes con Síndrome Down; esta inestabilidad se produce por aumento en la laxitud de los ligamentos transversos entre el atlas y la apófisis odontoides; el diagnóstico tardío de esta anomalía puede causar daño irreversible de la médula espinal, y puede ocurrir durante la manipulación del cuello en tratamientos dentales o durante la anestesia general.⁽³⁰⁾

ALTERACIONES ASOCIADAS AL SINDROME DE DOWN

Son consecuencia de trastornos neurológicos y motrices, del desarrollo craneofacial y del sistema inmunológico y se resumen en la siguiente:

| Área | Condición |
|-------------------|---|
| Paladar | En escalera, altura palatina reducida, forma en V, angostura hipoplasia maxilar superior. |
| Labios | Queilitis angular, labio inferior evertido, no sellado labial, agrietado, gránulos de Fordyce, frenillo labial superior corto. |
| Lengua | Fisurada, escrotal, macroglosia, protrusión, procesos adenoideos. |
| Dientes | Microdoncia, agenesias, supernumerarios, erupción retardada e irregular en ambas denticiones, retención prolongada de la dentición temporal, taurodontismo, fusiones, facetas de desgaste, abrasiones, hipoplasia del esmalte, baja incidencia de caries. |
| Periodonto | Gingivitis, periodontitis (tipo juvenil, grave) en ambas denticiones, halitosis, aumento del Ph salival, disminución secreción, progresión severa y rápida. |
| Oclusión | Bruxismo normalmente diurno, mordida abierta, mordida cruzada uni o bilateral, clase III esquelética por hipoplasia maxilar, pseudoprognatismo. |
| Función | Respiración oral, interposición lingual, hipotonía muscular, sequedad mucosa, mordisqueo línea alba, deglución atípica |

(7)

Intervenciones Odontológicas: Edad Pediátrica:

Recomendaciones Generales:

Si la salud bucodental en cualquier persona es importante, en las personas con SD es imprescindible, por lo que hay que instaurar hábitos de prevención desde muy temprana edad: dieta variada, sana y progresiva sin abusar de los alimentos cariogénicos para asegurar el aporte de todos los nutrientes (especialmente calcio y vitaminas). Favorecer una buena función masticatoria y el consumo de agua (hidratación). Realizar una limpieza nasal diaria con agua de mar salina para facilitar la respiración nasal. Realizar una estimulación orofacial psicomotriz precoz con énfasis en terapia miofuncional y refuerzo de la tonicidad labio-lingual que redundarán en una mejor función oronasal. Es básico instaurar una higiene oral eficiente lo antes posible. Debido a su discapacidad los niños con SD precisan ayuda de los padres hasta que la persona adquiere la suficiente autonomía. El papel de los padres es básico en este período. La constancia, perseverancia y paciencia son necesarias para lograr una prevención bucal satisfactoria. Se recomienda hacer la primera visita al odontopediatra sobre los 2 años e instaurar a partir de esa edad revisiones periódicas cada 6 meses. Se recomienda también una visita al ortodoncista sobre los 6-8 años y a partir de esa edad revisiones periódicas cada año. ⁽³¹⁾

Hipoplasia Del Esmalte

- _ Uso de flúor tópico en molares afectados aplicado con bastoncillos de algodón sobre los dientes hasta que el niño aprenda a enjuagarse cada noche.
- _ Aplicación cada 6 meses de flúor tópico en gel o barniz si el paciente lo tolera.
- _ En dentición permanente sellar los molares.

Bruxismo.

- _ Predomina el bruxismo diurno y se inicia precozmente en la infancia, decreciendo con los años. Por lo general no precisa tratamiento odontológico.

El grado de abrasión dentaria dependerá de la duración, frecuencia e intensidad de la parafunción así como del factor individual de resistencia.

Hipotonía muscular

_ La falta de tono en los músculos faciales debido a la hipotonía generalizada en los niños con SD favorece la apertura bucal en reposo, la eversión del labio inferior, la protrusión lingual y la respiración oral.

_ Es conveniente realizar una terapia miofuncional temprana por parte del logopeda para obtener la función masticatoria y posición y función linguales correctas.

MALOCLUSIÓN

_ Se observan con frecuencia mordidas cruzadas uni o bilaterales, mordidas cruzadas anteriores de uno o más dientes, mordidas abiertas, apiñamientos dentarios de moderados a severos o espaciamientos por agenesias y protrusión de incisivos.

_ Según la gravedad de la maloclusión (esquelética y/o dental, en sentido sagital, transversal y/o vertical), la dentición y la edad del niño, el ortodoncista decidirá el tipo de tratamiento. Debe eliminarse el concepto de que por su discapacidad no pueden tolerar un tratamiento de ortodoncia, aunque requerirá la colaboración de los padres y mucha paciencia y comprensión por parte del ortodoncista y su equipo. Dada la complejidad de los problemas que presenta un niño con SD muchas veces se contemplan dos fases de tratamiento, la primera en dentición mixta y la segunda en dentición permanente.

_ La aparatología de elección es la fija ya que no interfiere con la dicción y no es necesaria la colaboración del niño. Sólo exige una higiene oral estricta para evitar la gingivitis y controles periódicos del estado periodontal.

Se recomiendan los brackets de baja fricción y autoligado para evitar las ligaduras elásticas y facilitar las primeras fases de alineación y nivelación dentarias. ⁽³²⁾

Normas De Conducta En Consulta Ante Un Paciente Con Síndrome de Down

- _ El paciente ha de ir acostumbrándose al entorno y al equipo de la consulta.
- _ El manejo de la conducta del niño con SD para conseguir un buen tratamiento dental suele exigir una cuidadosa dedicación, con una buena técnica de control de conducta.
El niño con SD ha de ir tomando progresivamente conciencia del espacio del consultorio, del profesional y de su equipo, que deberá realizar los tratamientos de modo progresivo. Según su comportamiento puede ser necesario el uso de ansiolíticos o sedantes tales como antihistamínicos (Hidroxicina) o benzodiacepinas (Diazepan/Midazolam) aproximadamente 1 hora antes de la visita.
- _ En adultos puede ser también necesaria la instauración progresiva de los tratamientos precisos dependiendo de su colaboración.
- _ Realizar profilaxis antibiótica ante todo tratamiento cruento.
- _ Es imprescindible que el profesional actúe con comprensión, paciencia y tacto.
- _ En casos de nula cooperación que requieran múltiples tratamientos dentales y de larga duración se recomienda la sedación profunda en un medio hospitalario. Con anestesia general, considerar la intubación, por la micrognatia y la macroglosia relativa. ⁽³³⁾

MANIFESTACIONES ESTOMATOLOGICAS

Es a este nivel, donde más características son las alteraciones del SD de todas ellas, las más frecuentes son una lengua agrandada o macroglosia, alteraciones dentarias en calidad y cantidad, una disminución en el número de caries, una enfermedad periodontal precoz y avanzada y unas alteraciones oclusales como resultado de la patología de los dientes, de las bases óseas que los soportan y del sistema neuromuscular A continuación comentaremos todas estas anomalías.

MUCOSA ORAL:

A.- LENGUA.- De todas las alteraciones estomatológicas que aparecen en el SD, las más conocidas son las que afectan a la lengua, donde es muy frecuente ver un aumento del tamaño o macroglosia. Se discute si este aumento del tamaño es verdadero, hay quien dice que existe una hipertrofia de las fibras musculares linguales, especialmente las de tipo 2 y frecuentemente en formación de agrupamiento con posibles alteraciones de las uniones neuromusculares; o bien se trata de un aumento relativo, es decir, el tamaño de la lengua no es tan grande, y lo que si predomina es una disminución del tamaño de la cavidad oral o del espacio orofaríngeo que hace que protruya hacia afuera de la boca.

De todas formas, la macroglosia, ya sea verdadera o relativa o secundaria o muchas veces de etiología mixta, se puede decir que es un carácter común en el SD y va a dificultar la fonación y deglución, y a veces es tan marcada que produce un aspecto típico y característico de este síndrome al tener el paciente su lengua por fuera del reborde de las arcadas dentarias, impidiendo así, no sólo un normal cierre de la cavidad bucal (apertura bucal en reposo) sino también ciertas alteraciones de mordida abierta o prognatismo mandibular como consecuencia de la interposición y empuje hacia afuera de la lengua entre las arcadas dentarias superior e inferior en desarrollo.

Otra alteración característica en el SD es encontrarnos una lengua fisurada, plegada o escrotal, algunos autores opinan de estas fisuras que su frecuencia aumenta con la edad, mientras otros, también aparecen con cierta frecuencia anomalías a nivel de las papilas linguales, generalmente (hipertrofia) desde los primeros años de vida. Para Oster la hipertrofia de las papilas circunvaladas está asociada con cierta frecuencia con la lengua fisurada. Para Cohen (1971) tanto esta hipertrofia como la fisuración se deben a un exceso de succión lingual. Por otra parte tampoco es raro encontrar áreas de ausencia de papilas, sobre todo filiformes.

B.LABIOS.- Otro dato característico en el SD son las lesiones que aparecen en los labios. Si bien parecen normales al nacer, con el paso del tiempo se tornan gruesos y blanquecinos, fisurándose frecuentemente, con descamación y formación de costras y rágades. Los hábitos de interposición lingual y apertura bucal en reposo favorecen en este sentido los procesos infecciosos de estas estructuras.

C.-PALADAR.- El hecho de variaciones morfológicas en la bóveda palatina puede estar condicionado en estos pacientes por dos razones fundamentales: una de causa congénita, proveniente del fenómeno de inducción que la alteración cromosómica puede hacer sobre las estructura craneofaciales (no olvidemos las alteraciones de forma y tamaño craneal que pueden presentar los sujetos afectados de síndromes genéticos), o bien puede ser el resultado de alteraciones adquiridas fundamentalmente por dificultades respiratorias como consecuencia de procesos adenoideos muy frecuentes en estos sujetos, o bien por la acción traumática que el aire inspirado puede realizar sobre la bóveda palatina en desarrollo durante los primeros años de vida.

En la simple observación clínica, el paladar de muchos mongólicos aparece como ojival.

Sin embargo la aplicación de técnicas métricas como mediciones en estudios telerradiográficos demuestran que todas las dimensiones palatinas están disminuidas de forma absoluta y relativa. Por ello algunos autores opinan que existe un excesivo desarrollo mucoso e incluso óseo, de los procesos alveolares palatinos posiblemente consecuentes a una disfunción oral: respiración bucal con apertura oral en reposo y macroglosia.

D.- AMÍGDALAS Y ADENOIDES.- El hecho de que estos pacientes estén afectados por procesos infecciosos crónicos de un aparato linfóideo determina que las amígdalas palatinas pudieran ser consideradas como hipertróficas. A esto se suma la existencia de un factor mecánico traumático

como es una respiración bucal y una apertura bucal en reposo, Con todo esto, en pacientes con SD no es raro encontrar una hipertrofia de este tejido linfoideo.

E.-DIENTES Y CARIES.- Cuando exploramos la boca de estos pacientes, enseguida nos llaman la atención las alteraciones dentarias. Éstas pueden ser en relación a la erupción, al número de dientes, a la morfología, alteraciones estructurales, y en relación con la caries dental.

Erupción dentaria

En el SD se observa un retraso de la erupción dentaria en ambas denticiones, decidua y permanente. Las fechas de erupción dentaria en el SD varían mucho más que en la población general; es raro que aparezcan dientes antes de 9 meses de vida, el primer diente erupciona frecuentemente entre los 12 y 20 meses y la dentición decidua se completa a partir del 4° y 5° año. También es común una secuencia irregular de erupción, los molares deciduos algunas veces aparecen antes que los incisivos. La erupción de la serie permanente es también anormal.

Alteración en el número de dientes

Es frecuente encontrar anodoncias y/o agenesias en la dentición permanente. Los dientes que faltan de forma específica tienden a ser los mismos que en la población normal, así lo hacen con más frecuencia el incisivo lateral superior, el segundo premolar superior, tercer molar superior, segundo premolar inferior y el tercer molar inferior.

También se han visto algunos casos trabajos de hipodoncia extrema o anodoncia completa de dientes deciduos y/o permanentes.

Alteraciones del tamaño

Los pacientes con SD tienen en general dientes más pequeños que el resto de la población y afecta a los dos tipos de dentición decidua y permanente. La incidencia de microdoncia en el SD es de un 35%-55% . Se han visto dientes atróficos con coronas y raíces pequeñas. El diámetro mesiodistal está reducido en todos los

dientes permanentes, excepto en los primeros molares maxilares y en los incisivos centrales mandibulares.

Alteraciones en la forma de la corona dentaria

Desde siempre se han encontrado variaciones en las coronas de los dientes de los pacientes con SD. La fusión de dientes deciduos se observó en algunos casos de SD. En todos los casos la fusión afectaba a un incisivo lateral inferior con el canino mandibular, o menos frecuentemente a un incisivo central mandibular con un lateral.

ENFERMEDAD PERIODONTAL.- La enfermedad periodontal se define como un trastorno degenerativo o destructivo que envuelve a los tejidos que soportan el diente,

Al hacer la revisión de la literatura hallamos que la gran mayoría de los autores están de acuerdo en afirmar que la enfermedad periodontal es muy común en pacientes afectados de SD, incluso a edades tempranas y de forma muy agresiva. Se observaron que la severidad de la afectación aumentaba con la edad y que existían periodontitis avanzadas incluso se observa enfermedad periodontal avanzada en una población joven de pacientes trisómicos, incluso en dentición temporal. Encontraron que el 96 % de los pacientes tenían pérdida de hueso alveolar, sobre todo en la región anteroinferior. ⁽³⁴⁾

2.4.3 ESCOLAR SIN ENFERMEDAD CROMOSOMICA:

Se aplica al ser vivo que encuentra con su capacidad intelectual, física, emocional y social correcto, tiene todas sus capacidades cognitivas bien, sin ninguna enfermedad y ejerce normalmente todas sus funciones.

Es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). ⁽³⁵⁾

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Parafunción:** Entendemos por funciones aquellas que tienen un sentido útil, son voluntarias y necesarias (masticación, deglución). Las parafunciones carecen de sentido útil, son involuntarias y a menudo desconocidas por la propia persona, patología de la función en el desarrollo del ser humano.
- **Escolar sin enfermedad:** se aplica al ser vivo que encuentra físicamente bien y ejerce normalmente todas sus funciones.
- **Síndrome:** es un cuadro clínico o un conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad.
- **Diagnóstico:** arte de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de síntomas y signos.
- **succión digital:** acto de llevarse el dedo a la boca ejerciendo una presión vigorosa contra los dientes y paladar.
- **respiración bucal:** acto de respirar por la boca compensando alguna dificultad para hacerlo nasalmente.
- **onicofagia:** hábito compulsivo de comerse las uñas.
- **Queilofagia:** hábito de morderse el labio.
- **morder objetos:** hábito de mordisquear cualquier objeto.

- **succión labial:** hábito de chuparse el labio.
- **uso de mamilas y chupones:** hábito de succionar con frecuencia y por tiempo prolongado, mamilas y chupones.
- **Hábito:** es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.
- **Maloclusión:** se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento.
- **Hipotomía** Se define la hipotonía como la disminución del tono en forma generalizada o focal, que generalmente se asocia a déficit en el desarrollo psicomotor.
- **Hipoplasia** es el nombre que recibe el desarrollo incompleto o detenido de un órgano o parte de este. Aunque el término no es usado siempre con precisión, se refiere exactamente al número de células inadecuado o por debajo de lo normal.
- **Morfo genético** Se refiere a un grupo de células cuya posición y destino están especificados con respecto al mismo set de límites espaciales. El destino general de un campo morfogenético está determinado, por lo que un grupo de células particulares dará lugar a un órgano particular inclusive cuando sea trasplantado a una parte diferente del embrión.
- **Protracción** es el término anatómico para designar el movimiento de una parte del cuerpo hacia delante. Este término se opone al término retracción, que

designa el movimiento hacia atrás. Protracción se usa con frecuencia para referirse a la tracción o salida hacia delante de la lengua o del maxilar.

- **Sigmatismo** deriva de una configuración específica del sistema fonológico por evolución histórica dialectal en zonas geográficas concretas, particularmente de ciertas zonas de Andalucía en el caso del español, mientras que el sigmatismo puede darse en población dislálida de todo el mundo.
- **Atricciones** Es la erosión que sufren las partículas al chocar con los obstáculos
- **TTM:** Transtorno Temporomandibular.

II. MARCO METODOLOGICO

3.1. NIVEL DE INVESTIGACION

Es un estudio de investigación de nivel correlacional. Tiene como objetivo medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables, en un contexto en particular.

3.2. TIPO DE INVESTIGACION

- Investigación cuantitativa: porque se va a analizar hechos, objetivos existentes. Las variables de estudio poseen valores numéricos intrínsecos y puede ser descrita matemáticamente y analizadas estadísticamente.
- Comparativo: Estudio en el cual existen dos o más poblaciones y donde se quiere comparar algunas variables para contrastar una o varias hipótesis centrales.
- Prospectivo: porque los datos se registraron en tiempo presente, se observa el efecto de la variable independiente- dependiente en el futuro.
- Observacional : porque los hábitos parafuncionales serán registrados a través del examen clínico en cada uno de los sujetos de estudio.
- Transversal : Se considera transversal porque el estudio se realizará en un momento determinado, como si fuera un corte en el tiempo.

3.3. DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACION

Según el problema propuesto y los objetivos planteados el tipo de investigación Es:

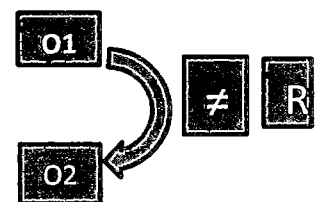
El diseño del estudio es correlacional.

Donde:

O1: frecuencia de hábitos estudiante con SD

O2: frecuencia de hábitos estudiante sin SD

R: O1 diferente O2



3.4. POBLACION Y MUESTRA

POBLACIÓN.

La población de estudio estuvo conformado por los estudiantes del Centro Educativo Especial. "NIÑO JESUS DE PRAGA" fueron 72 escolares y de la Institución Educativa "ESCUELA ESTEBAN PAVLETICH" fueron 250 escolares.

MUESTRA.

La muestra fue de tipo No Probabilístico, por conveniencia, estando constituido por todos los escolares con síndrome de Down del Centro Educativo Especial. "NIÑO JESUS DE PRAGA", que fueron en un total de 52; además de los escolares del Institución Educativa "ESCUELA ESTEBAN PAVLETICH", que también fueron tomados por conveniencia al estudio; los escolares con edad equivalente al otro grupo de estudio, fueron 52 niños en total.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes dispuestos a colaborar.
- Pertenecientes a ambos sexos.
- Padres que den su consentimiento.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes negados a colaborar.
- Pacientes menores de 4 y mayores de 16 años.
- Pacientes sin el consentimiento de los padres.

Determinación del tamaño de la muestra

- **Muestra :**
 - 52 escolares con síndrome de Down
 - 52 Escolares sin enfermedad cromosómica
 - Total 104 escolares

3.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La ficha de recolección de datos ha sido elaborada para obtener, de manera objetiva, la información sobre la frecuencia de hábitos parafuncionales en el cual se realizara mediante dos procesos, el primero un cuestionario que consta de 8 preguntas que se realizara a la madre del niño con respecto a los malos hábitos orales que presento el niño en su infancia, lo cual nos dará como referencia si los presenta o no. (ANEXO 1).

El segundo proceso consta de la exploración clínica; Ficha de observación clínica (Odontograma y registro de loa hábitos parafuncionales (ANEXO 2), el cual se realiza directamente a la cavidad oral del niño, determinando si presenta signos de parafunciones o no, y si lo presenta determinar la Parafunción; este proceso se realiza con el fin de cuantificar los datos para posteriormente plasmarlos en tablas y gráficos que determinarán los resultados de la presente investigación.

Se realizó la cuestionario a las madres y la exploración clínica en ambos grupos; escolares con Síndrome De Down del CEBE "NIÑO JESUS DE PRAGA" y de la Institución Educativa "ESCUELA ESTEBAN PAVLETICH". De la ciudad de Huánuco;

3.6. METODOS

3.6.1. TECNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS.

Se plasmara la información En cuadros y gráficos de frecuencia relativa y de frecuencia Prueba estadística que se realizara CHI CUADRADO.

- **Cuadros y gráficos de frecuencia**

En el presente trabajo se utilizarán los gráficos de frecuencia para cuantificar los datos estadísticos obtenidos en nuestra investigación. Así tenemos:

- **Gráfico de Barras.**

Este tipo de gráfico nos permite identificar y comparar de forma visual el comportamiento de las categorías de una variable. Por medio de las barras podemos conocer aspectos de forma sencilla de una o varias lesiones, como lo pueden ser sus categorías, las frecuencias y las diferencias entre ellas.

- **Datos estadísticos que se van a utilizar:** Descriptivo

- **Medidas de tendencia central**

Las medidas de tendencia central se utilizarán con la finalidad de comparar o interpretar los datos obtenidos en el presente estudio. Consisten en lo siguiente:

MEDIA: Es aquella medida que se obtiene al dividir la suma de todos los valores de una variable por la frecuencia total. En palabras más simples, corresponde a la suma de un conjunto de datos dividida por el número total de dichos datos.

$$X = \frac{\sum Xi}{n} = \frac{x_1+x_2+x_3+\dots+x_n}{n} \text{Donde:}$$

X = Es la Media

n = Es la Muestra

$x_1 + x_2 + \dots + x_n$ = Son los Valores de las Variables.

MODA: La moda de un conjunto de datos es el dato que **más veces se repite**, es decir, aquel que tiene **mayor frecuencia absoluta**. Se denota por **Mo**. En caso de existir dos valores de la variable que tengan la mayor frecuencia absoluta, habría dos modas. Si no se repite ningún valor, no existe moda.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 01

PRESENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN

| Hábitos Parafuncionales | | Niños con Síndrome de Down | |
|-------------------------|----|----------------------------|-------|
| | | N | % |
| Succión digital | Sí | 18 | 17,3% |
| | No | 34 | 32,7% |
| Onicofagia | Sí | 16 | 15,4% |
| | No | 36 | 34,6% |
| Respiración bucal | Sí | 30 | 28,8% |
| | No | 22 | 21,2% |
| Succión labial | Sí | 8 | 7,7% |
| | No | 44 | 42,3% |
| Interposición lingual | Sí | 25 | 24,0% |
| | No | 27 | 26,0% |
| Bruxismo | Sí | 5 | 4,8% |
| | No | 47 | 45,2% |

FUENTE: FICHA CLINICA ODONTOLÓGICA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES

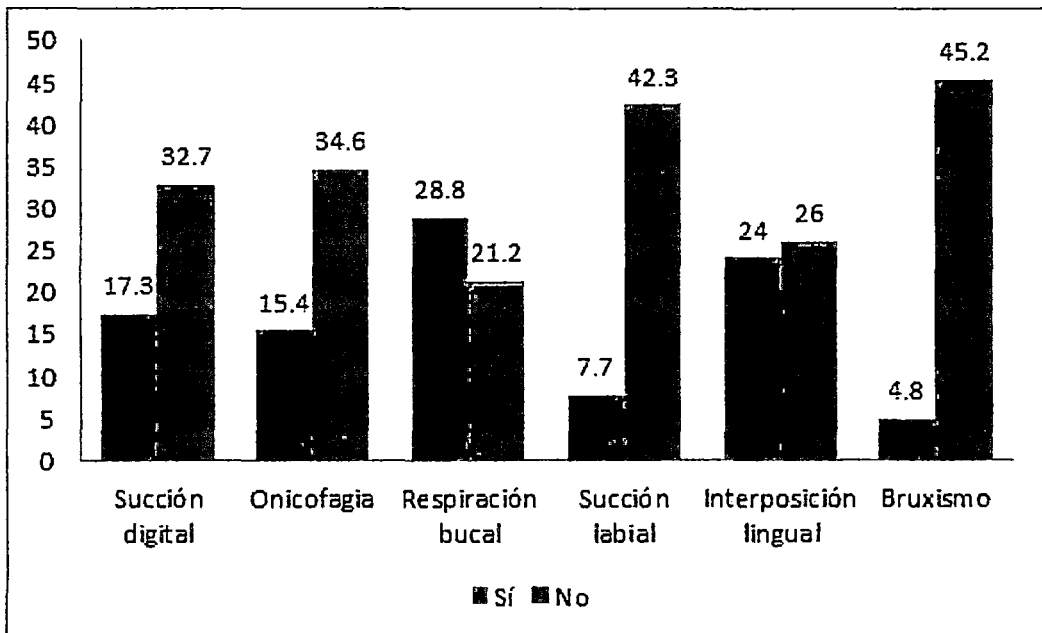
INTERPRETACION Y COMENTARIO:

En el presente cuadro se observa la frecuencia de aparición de hábitos parafuncionales en los escolares con síndrome de Down; de donde podemos referir lo siguiente:

Del total de pacientes examinados 104, 52 (50%) niños presentan síndrome de Down, quienes presentan respiración bucal con más frecuencia (28,8%), seguido por interposición lingual (24%) y la succión digital (17,3%). Se presenta en cuarto lugar la onicofagia (15,4%), luego la succión labial (7,7%), y finalmente en menor frecuencia el bruxismo que se observó solo en el 4,8% del total.

GRÁFICO N° 01

PRESENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN



CUADRO N° 02

PRESENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LOS ESCOLARES SIN ENFERMEDAD CROMOSOMICA.

| Hábitos Parafuncionales | Escolares sin enfermedad cromosómica | |
|-------------------------|--------------------------------------|-------------|
| | N | % |
| Succión digital | Sí | 6 5,8% |
| | No | 46 44,2% |
| Onicofagia | Sí | 6 5,8% |
| | No | 46 44,2% |
| Respiración bucal | Sí | 18 17,3% |
| | No | 34 32,7% |
| Succión labial | Sí | 2 1,9% |
| | No | 50 48,1% |
| Interposición lingual | Sí | 5 4,8% |
| | No | 47 45,2% |
| Bruxismo | Sí | 8 7,7% |
| | No | 44 42,3% |

FUENTE: FICHA CLINICA ODONTOLÓGICA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

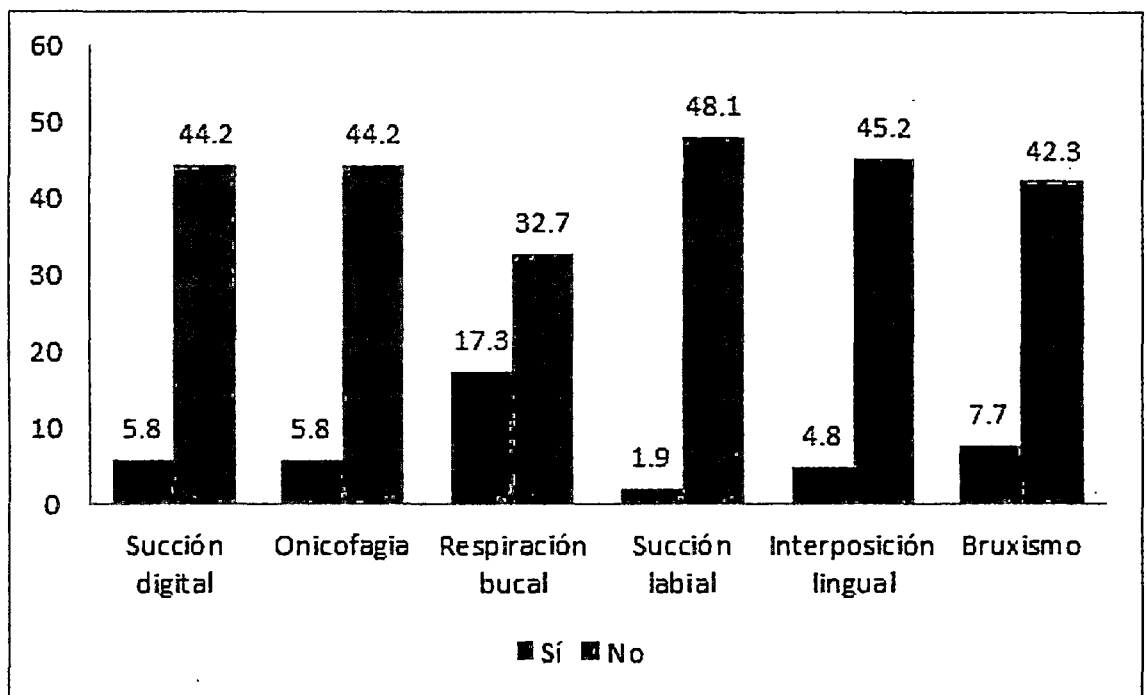
El cuadro nos presenta la frecuencia de aparición de hábitos parafuncionales en los niños sin enfermedad cromosómica; del cual referimos lo siguiente:

Del total de pacientes examinados 104, 52 (50%) niños estuvo conformado por niños sin enfermedad cromosómica, en quienes se presentó también la respiración bucal con más frecuencia (17,3%), seguido en frecuencia por bruxismo (7,7%), la succión digital y la onicofagia se presentó solo en el

5,8%; mientras que la interposición lingual estuvo en 4,8% y finalmente la succión labial en el 1,9% del total.

GRÁFICO N° 02

PRESENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LOS NIÑOS SIN ENFERMEDAD CROMOSOMICA.



CUADRO No. 03

HABITOS PARAFUNCIONALES EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN Y SIN ENFERMEDAD CROMOSOMICA

| Hábitos Parafuncionales No entiendo este cuadro | Grupos | | Total |
|--|----------------------------|----------------------------------|---------------|
| | Niños con Síndrome de Down | Niños sin enfermedad cromosómica | |
| Ninguno | N 0 % 0,0% | 15 14,4% | 15 14,4% |
| Succión digital | N 0 % 0,0% | 1 1,0% | 1 1,0% |
| Onicofagia | N 3 % 2,9% | 3 2,9% | 6 5,8% |
| Respiración bucal | N 5 % 4,8% | 15 14,4% | 20 19,2% |
| Succión labial | N 4 % 3,8% | 2 1,9% | 6 5,8% |
| Interposición lingual | N 3 % 2,9% | 2 1,9% | 5 4,8% |
| Bruxismo | N 3 % 2,9% | 8 7,7% | 11 10,6% |
| Succión digital, onicofagia y respiración bucal | N 5 % 4,8% | 1 1,0% | 6 5,8% |
| Respiración bucal e interposición lingual | N 8 % 7,7% | 1 1,0% | 9 8,7% |
| Onicofagia y respiración bucal | N 2 % 1,9% | 0 0,0% | 2 1,9% |
| Onicofagia y succión labial | N 1 % 1,0% | 0 0,0% | 1 1,0% |
| Succión digital, respiración bucal e interposición lingual | N 6 % 5,8% | 1 1,0% | 7 6,7% |
| Succión labial e interposición lingual | N 3 % 2,9% | 1 1,0% | 4 3,8% |
| Bruxismo, respiración bucal e interposición lingual | N 2 % 1,9% | 0 0,0% | 2 1,9% |
| Succión digital, onicofagia, respiración bucal e interposición lingual | N 2 % 1,9% | 0 0,0% | 2 1,9% |
| Succión digital, onicofagia e interposición lingual | N 3 % 2,9% | 0 0,0% | 3 2,9% |
| Succión digital y onicofagia | N 0 % 0,0% | 2 1,9% | 2 1,9% |
| succión digital y respiración bucal | N 2 % 1,9% | 0 0,0% | 2 1,9% |
| Total | N 52 % 50,0% | 52 50,0% | 104 100,0% |

FUENTE: FICHA CLINICA ODONTOLÓGICA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) |
|-------------------------|--------|----|--------------------------------|----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 50,822 | 17 | ,000 | ,000 |
| N de casos válidos | 104 | | | |

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

En el cuadro no. 03, se registró los hábitos parafuncionales en niños con síndrome de Down y sin enfermedad cromosómica, pudiéndose manifestar lo siguiente:

Del total de observaciones realizadas; en mayor frecuencia los sujetos de estudio, presentaron respiración bucal (19,2%), pero siendo en más frecuencia los niños sin enfermedad cromosómica los que la padecen (14,4%).

Los escolares presentan al menos un hábito oral en un 47.1%

En segundo lugar de frecuencia se observa al bruxismo (10,6%) que se presenta en un 7,7% en niños sin enfermedad cromosómica y en 2,9% en niños con síndrome de Down;

En general los escolares presentan al menos 2 hábitos en un 19%. Se observa el 8,7% de niños que muestran respiración bucal e interposición lingual juntas, en más proporción presente en niños con síndrome de Down (7,7%) y solo el 1% en niños sanos.

Otros hábitos presentes conjuntamente son la succión digital, respiración bucal e interposición lingual que también se presenta con más frecuencia en pacientes Down (5,8%) y solo en el 1% de niños sanos.

La onicofagia se dio en un 5,8% de niños, repartidos en un 2,9% tanto para niños sanos y con síndrome de Down. También en un 5,8% se presenta la

succión labial, pero más frecuentemente en el síndrome de Down (3,8%) que en niños sanos (1,9%).

En similar proporción (5,8%) los niños presentan conjuntamente succión digital, onicofagia y respiración bucal, de quienes, es más frecuencia en pacientes con síndrome de Down (4,8%). La interposición lingual, fue observada en el 4,8% de la población de estudio, en 2,9% de niños Down y el 1,9% de niños sanos.

La succión labial y la interposición lingual; la succión digital, onicofagia e interposición lingual se presentan juntas en 2,9% en de niños con síndrome de Down.

Mientras que la presencia conjunta de onicofagia y respiración bucal; bruxismo, respiración bucal e interposición lingual; succión digital, onicofagia, respiración bucal e interposición lingual; y la succión digital y respiración bucal, se presentan solo en niños con síndrome de Down en un 1,9%.

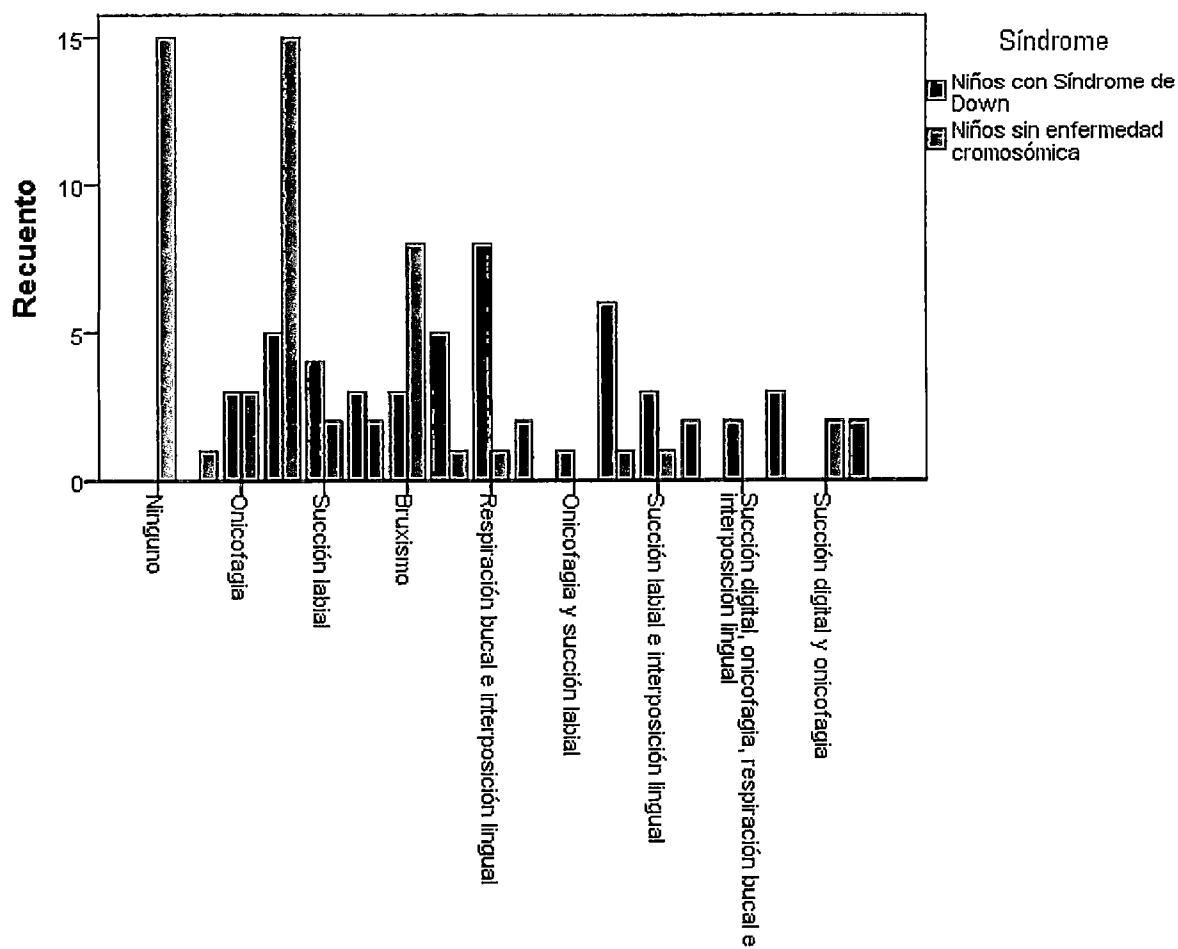
La succión digital y onicofagia conjunta es practicada en el 1,9% de niños sanos.

Por último, no se observó hábito alguno en un 22,1% de niños sanos y en el 2,9% de niños con afectación cromosómica, es decir con síndrome de Down.

Al someter este cuadro al contraste estadístico hipotético con la técnica no paramétrica Chi Cuadrada, se encontró que la Chi cuadrada calculada fue mayor que la Chi cuadrada tabulada (17 g.l: 27,587), pudiéndose afirmar que existe diferencia estadística significativa entre los grupos de estudio.

GRÁFICO 03

HABITOS PARAFUNCIONALES EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN Y SIN ENFERMEDAD CROMOSOMICA



CUADRO No. 04

ENCUESTA DE HABITOS PARAFUNCIONALES

| Preguntas | Grupos | | | | Total | | |
|--|----------------------------|----|----------------------------------|----|-------|----|------|
| | Niños con Síndrome de Down | | Niños sin enfermedad cromosómica | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| ¿Su hijo se chupa el dedo? | No | 35 | 33,7% | 47 | 45,2% | 82 | 78,9 |
| | 1 ó 2 veces al día | 2 | 1,9% | 0 | 0,0% | 2 | 1,9 |
| | Al dormir | 3 | 2,9% | 5 | 4,8% | 8 | 7,7 |
| | Todo el día | 12 | 11,5% | 0 | 0,0% | 12 | 11,5 |
| ¿Su hijo se muerde las uñas? | No | 36 | 34,6% | 47 | 45,2% | 83 | 79,8 |
| | 1 ó 2 veces al día | 2 | 1,9% | 1 | 1,0% | 3 | 2,9 |
| | Más de 3 veces por día | 13 | 12,5% | 4 | 3,8% | 17 | 16,3 |
| | 1 ó 2 veces por semana | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,0 |
| ¿Su hijo permanece con la boca abierta? | No | 25 | 24,0% | 35 | 33,6% | 60 | 57,6 |
| | Durante el día | 13 | 12,5% | 2 | 1,9% | 15 | 14,4 |
| | Durante la noche | 5 | 4,8% | 9 | 8,7% | 14 | 13,5 |
| | Durante el día y noche | 9 | 8,7% | 6 | 5,8% | 15 | 14,5 |
| ¿Su hijo succiona su labio? | No | 44 | 42,3% | 51 | 49,0% | 95 | 91,3 |
| | 1 ó 2 veces al día | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,0 |
| | Al dormir | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0 |
| | Todo el día | 7 | 6,7% | 1 | 1,0% | 8 | 7,7 |
| ¿Su hijo permanece con la lengua fuera de la boca? | No | 28 | 26,9% | 47 | 45,2% | 75 | 72,1 |
| | Durante el día | 23 | 22,1% | 3 | 2,9% | 26 | 25,0 |
| | Durante la noche | 1 | 1,0% | 2 | 1,9% | 3 | 2,9 |
| | Durante el día y noche | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0 |
| ¿Su hijo rechina sus dientes? | No | 29 | 27,9% | 39 | 37,5% | 68 | 65,4 |
| | Durante el día | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0 |
| | Durante la noche | 21 | 20,2% | 11 | 10,6% | 32 | 30,8 |
| | Durante el día y noche | 2 | 1,9% | 2 | 1,9% | 4 | 3,8 |
| ¿Su hijo succiona otro objeto: lápices, chupón, juguetes, etc? | No | 38 | 36,5% | 48 | 46,1% | 86 | 82,6 |
| | Lapicero o lápiz | 4 | 3,8% | 3 | 2,9% | 7 | 6,7 |
| | Juguetes | 9 | 8,7% | 1 | 1,0% | 10 | 9,7 |
| | Lapicero y juguetes | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,0 |

FUENTE: FICHA CLINICA ODONTOLÓGICA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

En este cuadro se observa los resultados de las encuestas realizadas a los padres de los niños tanto con síndrome de Down y los que no presentan enfermedad cromosómica, pudiéndose observar lo siguiente:

Para la interrogante No. 1, un 78,9% dijeron que No, siendo un 33,7% padres de hijos Down y un 45,2% para niños sanos; seguido de niños que se chupan el dedo todo el día, en un 11,5%, que fueron en su totalidad pacientes con síndrome Down.

En el caso de la interrogante 2, también la mayoría dijo que No, a la pregunta si sus hijos se muerden las uñas; siendo el 45,2% de ellos, niños sanos y el restante 34,6%, pacientes con síndrome de Down. En segundo lugar de frecuencia (16,3%) se presentan los que realizan este hábito más de 3 veces por día, del que, el 12,5% son con síndrome de Down y solo el 3,8% niños sanos.

Ante la pregunta, si su hijo permanece con la boca abierta, el 57,6% dijeron que No, mientras que un 14,5% respondieron que es durante el día y la noche, un 14,4% mencionan que es durante el día, y finalmente un 13,5% respondieron que sus hijos permanecen con la boca abierta durante la noche.

Para el caso de la pregunta 4, si su hijo succiona su labio, mayoritariamente respondieron que No (91,3%), sobre todo los padre de niños sin enfermedad cromosómica (49%). Aunque también es considerable el 6,7% de padres de hijos Down, que respondieron que sus hijos lo hacen durante todo el día.

La interrogante 5, pregunta si su hijo permanece con la lengua fuera de la boca, para el cual, en mayor proporción (45,2%) los padres de hijos sanos dijeron que No; mientras que un importante 22,1% de padres de hijos Down respondieron que sí, y que lo hacen durante el día.

La pregunta si su hijo rechina los dientes, un 65,4% respondieron que No, en mayor proporción los padres de niños sanos (37,5%); un importante 30,8% mencionaron que lo hace durante la noche, siendo el 20,2% pacientes Down y el 10,6% niños sin enfermedad cromosómica.

Finalmente, la última pregunta realizada fue si sus hijos succionan otro objeto, el 82,6% mencionaron que No, siendo el 46,1% niños sanos, y el 36,5% pacientes con síndrome de Down; además de un 9,7% que marcaron que sus hijos succionan juguetes, de quienes el 8,7% son niños Down; también, estos mismos pacientes, en un 3,8% utilizan lapiceros o lápices para succionar.

CUADRO N° 05 NIÑOS CON SINDROME DE DOWN Y SIN ENFERMEDAD CROMOSOMICA SEGÚN GÉNERO.

| Género | Grupos | | Total | |
|-----------|----------------------------|----------------------------------|-------|--------|
| | Niños con Síndrome de Down | Niños sin enfermedad cromosómica | | |
| Masculino | Recuento | 29 | 30 | 59 |
| | % del total | 27,9% | 28,8% | 56,7% |
| Femenino | Recuento | 23 | 22 | 45 |
| | % del total | 22,1% | 21,2% | 43,3% |
| Total | Recuento | 52 | 52 | 104 |
| | % del total | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

FUENTE: FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES

INTERPRETACIÓN Y COMENTARIO:

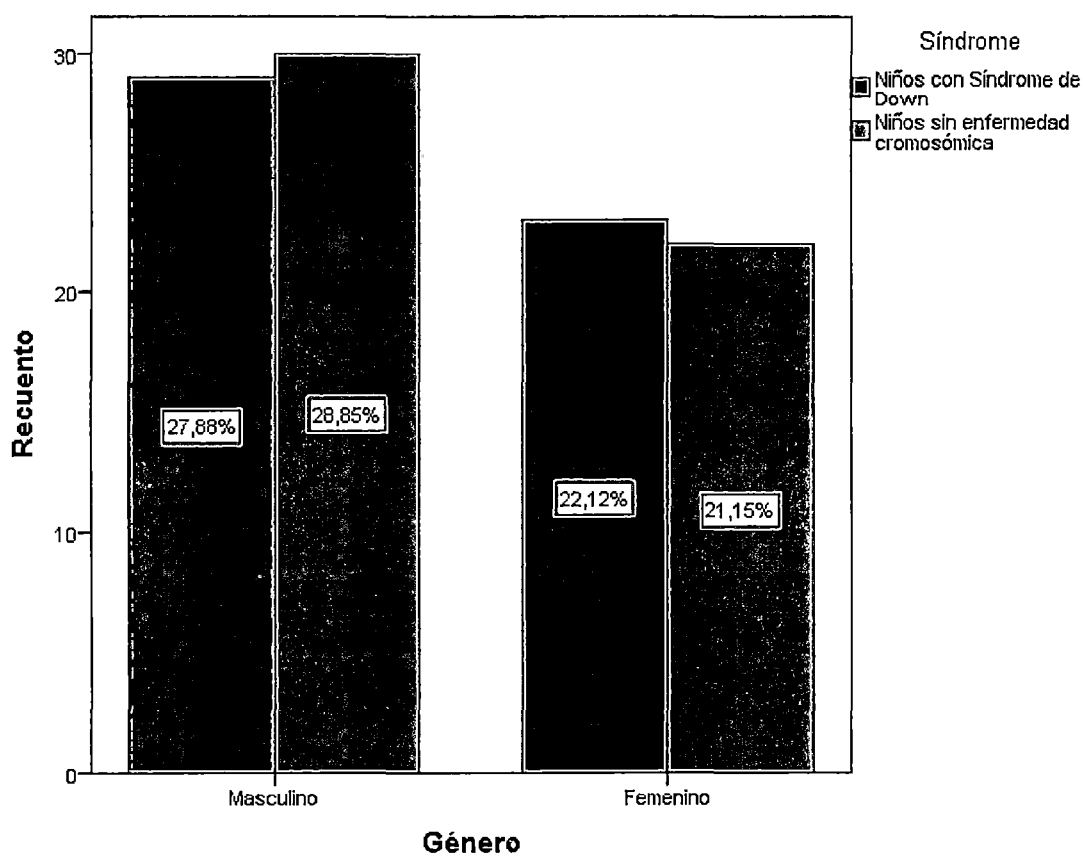
Se observa la frecuencia de niños con síndrome de Down y sin enfermedad cromosómica según género, del que observamos lo siguiente:

Del 100% de pacientes, el 56,7% son de sexo masculino, de quienes el 28,8% (30) son niños sin enfermedad cromosómica, mientras que el 27,9% (29) son niños Down.

Por otro lado, el 43,3% son de sexo femenino, siendo el 21,2%(23) pertenecen a niños sin enfermedad cromosómica y el 22,1%(22) son niños con Síndrome de Down.

GRÁFICO 5

NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN Y SIN ENFERMEDAD CROMOSÓMICA SEGÚN GÉNERO.



CUADRO 6

NIÑOS CON SINDROME DE DOWN Y SIN ENFERMEDAD CROMOSOMICA SEGÚN EDAD.

| Edad | | Grupos | | Total |
|---------|-------------|----------------------------|----------------------------------|--------|
| | | Niños con Síndrome de Down | Niños sin enfermedad cromosómica | |
| <= 8 | Recuento | 19 | 24 | 43 |
| | % del total | 18,3% | 23,1% | 41,3% |
| 9 - 13 | Recuento | 28 | 28 | 56 |
| | % del total | 26,9% | 26,9% | 53,8% |
| 14 - 16 | Recuento | 5 | 0 | 5 |
| | % del total | 4,8% | 0,0% | 4,8% |
| Total | Recuento | 52 | 52 | 104 |
| | % del total | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

FUENTE: Ficha Clínica Odontológica.

INTERPRETACIÓN Y COMENTARIO:

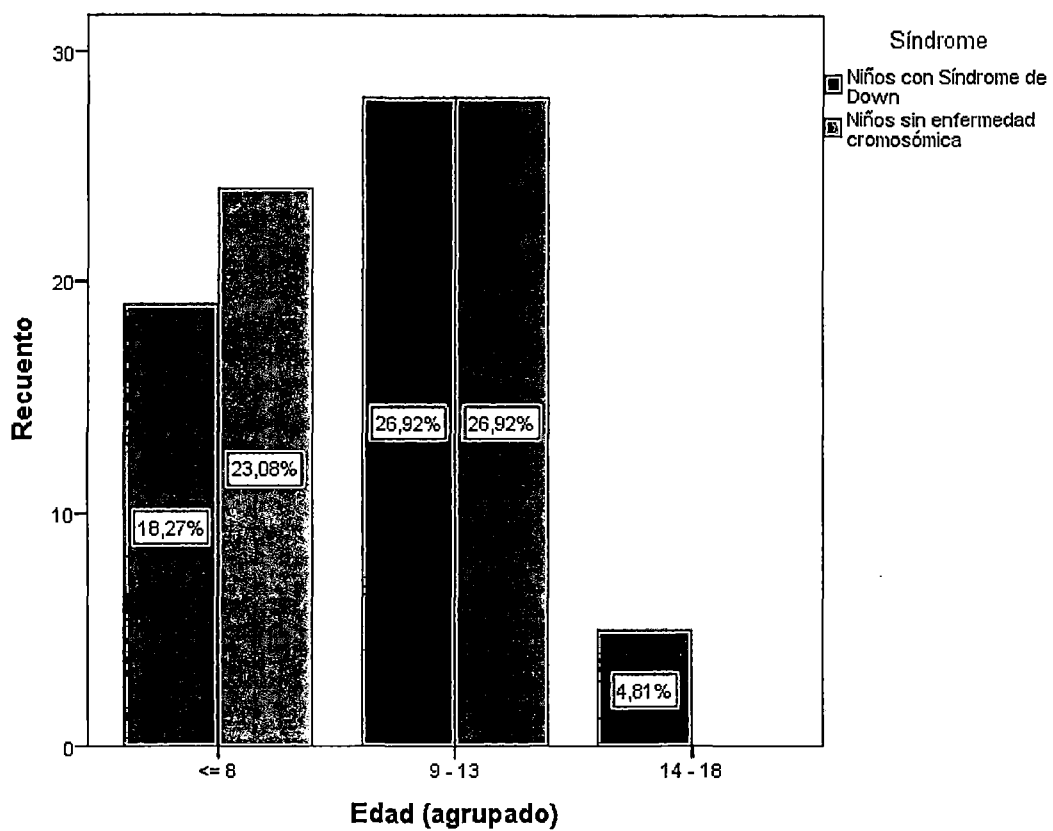
Se presenta la frecuencia de niños con síndrome de Down y sin enfermedad cromosómica según edad, del que observamos lo siguiente: De los datos observados, en mayor frecuencia (53,8%) se presentan pacientes entre 9 y 13 años, en un 26,9% (28) respectivamente.

En cuanto a los niños menores de 8 años, se presentan en el 41,3%, siendo el 23,1%(24) de niños sanos y el 18,3%(19) niños Down.

Finalmente, el intervalo de edades de 14 a 16 años que se presenta en el 4,8%, quienes en su totalidad son pacientes con Síndrome de Down.

GRÁFICO 6

NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN Y SIN ENFERMEDAD CROMOSÓMICA SEGÚN EDAD.



CUADRO No. 07**TAMAÑO LINGUAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN Y SIN ENFERMEDAD CROMOSÓMICA**

| Tamaño lingual | | Grupos | | Total |
|----------------|---|----------------------------|----------------------------------|--------|
| | | Niños con Síndrome de Down | Niños sin enfermedad cromosómica | |
| Conservado | N | 19 | 50 | 69 |
| | % | 18,3% | 48,1% | 66,3% |
| Macroglosia | N | 33 | 2 | 35 |
| | % | 31,7% | 1,9% | 33,7% |
| Total | N | 52 | 52 | 104 |
| | % | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

FUENTE: Ficha Clínica Odontológica

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) |
|-------------------------|--------|----|-----------------------------|-------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 41,385 | 1 | ,000 | |
| N de casos válidos | 104 | | | |

INTERPRETACION Y COMENTARIO:

El cuadro estadístico No. 06, presenta el tamaño lingual de los niños con síndrome de Down y sin enfermedad cromosómica; del cual referimos que:

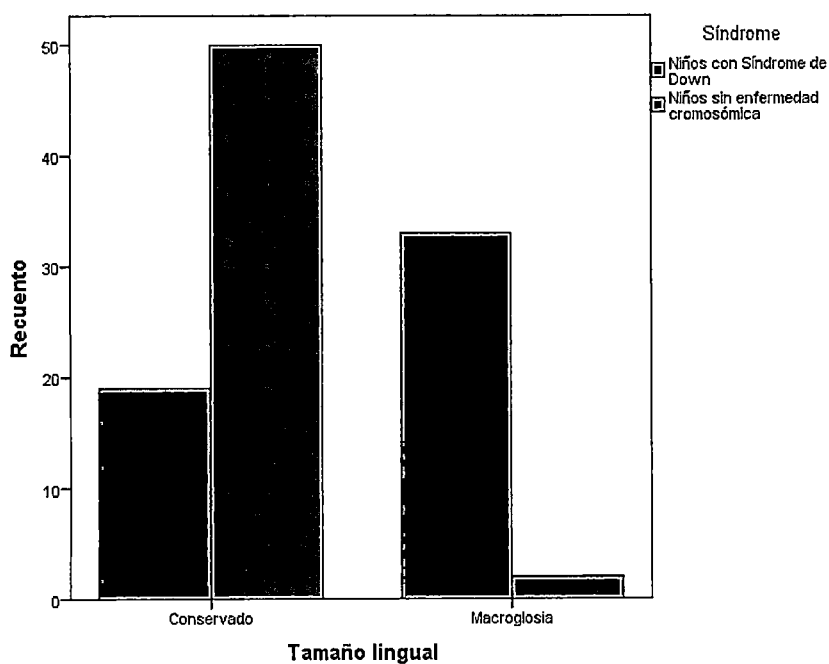
Del total de observaciones, un 66,3% de niños presentan tamaño lingual conservado, de quienes el 48,1% son niños sanos, sin enfermedad cromosómica y el 18,3% niños con síndrome de Down.

Mientras que la Macroglosia se pudo evidenciar en un 33,7% del total de observaciones realizadas, presentándose mayoritariamente en niños con síndrome de Down, esto, en un 31,7%, y el 1,9% restante en niños sanos.

Al contraste estadístico bajo la técnica no paramétrica de la Chi Cuadrada, se encontró que la Chi cuadrada calculada fue mayor que la Chi cuadrada tabulada (1 g.l: 3,841), el test exacto de Fisher muestra valor $p < 0,05$, por lo que afirmamos que existe diferencias significativas entre los grupos de estudio.

GRÁFICO 07

TAMAÑO LINGUAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN Y SIN ENFERMEDAD CROMOSÓMICA



V. DISCUSIÓN

El estudio de investigación realizado, tuvo como propósito determinar la frecuencia de los hábitos parafuncionales en los niños con síndrome de Down del Centro Educativo Especial "Niño Jesús de Praga y sin enfermedad cromosómica de la Institución Educativa Esteban Pavletich en la ciudad de Huánuco. 2015. La muestra estuvo compuesta por 104 sujetos de estudio, repartidos equitativamente en ambos grupos, en quienes se registró los hábitos parafuncionales a través de un examen clínico.

La frecuencia de aparición de hábitos parafuncionales en los escolares con síndrome de Down; 52 (50%) niños presentan síndrome de Down, quienes presentan respiración bucal con más frecuencia (28,8%), seguido por interposición lingual (24%) y la succión digital (17,3%). Se presenta en cuarto lugar la onicofagia (15,4%), luego la succión labial (7,7%). y finalmente en menor frecuencia el bruxismo que se observó solo en el 4,8% del total.

Nuestros resultados son similares a los obtenidos por Martín C. ⁽⁹⁾ a través de un estudio retrospectivo transversal en 206 niños con necesidades especiales; concordando con Martín C, en el sentido de los hábitos parafuncionales son muy frecuentes en los pacientes especiales, pero específicamente para nuestro estudio, en niños con síndrome de Down. Registrando como resultados que la respiración bucal fue el más frecuente (60,9%), Pero la diferencia de frecuencia de bruxismo en un 51,5% y onicofagia en un 24,9%, nosotros registramos a la interposición lingual como la segunda en frecuencia, y en tercer lugar, la succión digital para los niños con síndrome de Down.

Por otro lado, J. Murrieta Pruneda; Frecuencia y distribución de hábitos parafuncionales en un grupo de 300 escolares mexicanos entre 6 y 11 años de edad donde determino que el 34.7% presentó por lo menos un hábito oral parafuncional, que se asemeja a nuestros resultados (29%) presenta al menos un hábito Parafuncional.

A diferencia de nuestros resultados en el estudio, sobre la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad pre-escolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Murrieta J, Allendelagua B, Pérez L, et al, , siendo la ser la onicofagia, el hábito de mayor prevalencia.

En nuestro país, Zapata M, Lavado A, Anhelía S. estudiaron la prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años; obteniendo como resultados; que la onicofagia fue el más frecuente (25,3%), como segundo hábito más frecuente la succión digital (18,2%), y el bruxismo en tercer lugar (12,3%); sin embargo, en nuestro estudio, la onicofagia se presentó solo en un 5,9%, siendo menos frecuente que lo registrado por los investigadores anteriores, referimos también, que en ambos grupos de estudio, la succión digital se presentó en un 17,3%, el bruxismo en 10,6% .

En cuanto al bruxismo, Miamoto B, Pereira L, Ramos M, et. al. Estudiaron su prevalencia y factores predictivos asociados con la manifestación clínica en niños con y sin deterioro cognitivo, que fueron niños con síndrome de Down; estos autores encontraron una mayor prevalencia del bruxismo del sueño en individuos con deterioro cognitivo. Del mismo modo, López R, López P. registraron el bruxismo en una comunidad de niños mexicanos con síndrome de Down, encontrando que la prevalencia global de bruxismo fue del 22%; siendo en nuestro estudio el 10.6% de frecuencia global.

Al igual que nuestro trabajo, Silvina G. Cortesea y Ana M. Biondi, niños que presentaron un hábito en 74% de los pacientes y el resto de las parafunciones en 45% a respiración bucal. la onicofagia en el 48%, succión en 14%. En contraste a este estudio, se registro del la respiración bucal en 46.1% y 38.5

onicofagia concuerda con el resto de las parafunciones se presentan en general en un 85%.

Sarellano KL. Los resultados fueron, un 60% de prevalencia de por lo menos un hábito oral deformante en alguna etapa de su vida, mientras que sólo el 27% presentaron más de dos hábitos orales. Al igual que nuestro estudio observamos, que el 47.1% del total de escolares presentaron más de un hábito parafuncional; en escolares sin enf. cromosómica siendo estos, la succión digital y onicofagia; pudiendo afirmar que es menos frecuente que lo observado por Sarellano; mientras que para el grupo de niños con síndrome de Down es el 38%, sí se observa con mayor frecuencia que presenten dos o más hábitos; en un 7,7% presentan respiración bucal e interposición lingual, en un 5,8% succión digital, respiración bucal e interposición lingual; en el 4,8% succión digital, onicofagia y respiración bucal, y en el 2,9% succión labial e interposición lingual, entre otros más en menor frecuencia.

En cuanto a la presencia específica de los hábitos parafuncionales en nuestra muestra de estudio, observamos que la respiración bucal fue la más frecuente (46,1%), del cual el 17,3% se presentó en niños sin enfermedad cromosómica y el 28.8% en estudiantes con síndrome de Down; sin embargo, se presenta de manera conjunta con la interposición lingual en el 8,7%, con la succión digital y la interposición lingual en un 6,7% y con la succión digital y onicofagia en un 5,8% del total, siendo más frecuente en los niños con síndrome de Down.

Por lo que concluimos que los hábitos parafuncionales se presentan con mayor frecuencia en escolares con Síndrome de Down en comparación a los escolares que no presentan alguna enfermedad cromosómica.

VI. CONCLUSIONES

- La respiración bucal es el hábito más frecuente (28,8%), en los escolares con Síndrome de Down, y a su vez en 2do lugar está la por interposición lingual (24%) siguiendo la succión digital (17,3%); y siendo los menos frecuentes la onicofagia (15,4%), luego la succión labial (7,7%), y finalmente el bruxismo que se observó solo en el 4,8% del total.
- En niños sin enfermedad cromosómica, se presenta en mayor frecuencia también la respiración bucal con más frecuencia (17,3%), seguido en frecuencia por bruxismo (7,7%), la succión digital y la onicofagia se presentó solo en el 5,8%; mientras que la interposición lingual estuvo en 4,8% y finalmente la succión labial en el 1,9% del total.
- La diferencia de los hábitos parafuncionales de los escolares con síndrome Down con los escolares sin enfermedad cromosómica es que los Down presentan mayor cantidad de hábitos a su vez que los escolares sin enfermedad cromosómica, la presencia conjunta de la respiración bucal y la interposición lingual (7,7%) y succión digital, respiración bucal y la interposición lingual (5,8%) son más frecuentes en niños con síndrome de Down.
- Los hábitos parafuncionales son más frecuentes en niños con síndrome de Down que en los niños sin enfermedad cromosómica alguna. ($p < 0,05$).

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Barberena EL, Martínez GR. Información General Sobre: Las Discapacidades del Desarrollo Síndrome De Down, Umkc Institute For Human Development, Junio 2005; 40(11).
2. Arrasco M. Sociedad Peruana De Síndrome De Down (internet).2014, jun. 5(2). Disponible en: <http://elcomercio.pe/noticias/sindrome-down-514189>
3. Cepero S, Hidalgo I, Duque E, Pérez Q. Intervención Educativa En Escolares De 5 y 6 Años con Hábitos Bucales Deformantes. Rev Cubana Estomatologica. 2007; 44(22).
4. Podadera Z, Ruiz D. Prevalencia de Hábitos Bucales y Anomalías Dentomaxilofaciales en Niños de 3 a 6 Años de edad. Rev Cubana Estomatologica. 2004; 41(19).
5. Machuca C, Martínez F, Machuca G, López L, Bullón P. Tratamiento Ortodóntico en los Distintos Niveles de Prevención en Pacientes con Necesidades Especiales. Rev. Odontoestomatología. 1999; 15 (4):577-81.
6. Barrio J, Flórez J, Troncoso M. Evaluación del Desarrollo Psicolingüístico en los Niños con Síndrome de Down En Edad Escolar (Síndrome De Down y Educación). Fundación Síndrome De Down De Cantabria 1991; PP: 153- 181.

7. Mayoral A, Blanco J, Brau I, López J, Silvestre F, Borrel J, Atención Bucodental Y Síndrome De Down. Sociedad Española de Odontología Estomatología para el Minusválido y Pacientes Especiales. ESPAÑA 2001, 10(3)
8. Cano C, Rosas C, Gutiérrez N. Frecuencia de maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del estado Guárico periodo 2007-2008. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2008. 21(13).
9. Martín C. Hábitos Parafuncionales Orales en una Población de Pacientes Especiales. Gaceta Dental .España Nov. 2011.9(3)
10. Murrieta J, Martínez L, Morales J, Linares C, González M. Frecuencia y Distribución de Hábitos Parafuncionales en un grupo de Escolares Mexicanos en el año 2014. Revista nacional de odontología.Mexico-2014, Vol. 11, Núm. 21.
11. Murrieta P, Allendelagua B, Pérez S, et al. Frecuencia de hábitos bucales parafuncionales en niños en edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2011. Bol Med Hosp Infant 2011; 68(1): 26-33.
12. Cortesea S, Biondi A. Relación de Disfunciones y Hábitos Parafuncionales Orales Con Trastornos Temporomandibulares en Niños y Adolescentes. Revista mexicana 2012.
13. Sarellano KL. "Presencia de hábitos orales deformantes de la oclusión y maloclusión dental en una población escolar de 3º, 4º Y 5º años de primaria en el área metropolitana de Monterrey". Monterrey Nuevo León, Octubre de 2013.

14. Miamoto B, Pereira L, Ramos MI, et al. Prevalencia y Factores Predictivos de Bruxismo del Sueño En Niños Con y Sin Deterioro Cognitivo. Brasil.2011 oct.
15. López R, López P. La Prevalencia Del Bruxismo En Niños Mexicanos Con Síndrome De Down. GACETA México.2012,Julio
16. Zapata M. Lavado A, Anchelia S. Prevalencia De Hábitos Bucales y Su Relación Con Maloclusiones Dentarias En Niños De 06 A 12 Años En El Colegio De Educadores. Kiru 2014 Lima .2014 Ene-Jun;11(1):16-24
17. Blanco Aguilera A, Tesis Doctoral Relación Entre El Bruxismo Del Sueño Autopercebido Y Aspectos Sociológicos Clínicos Y Psicológicos En Pacientes Con Disfunción Mandibular. Medicina Bucal Universidad De Granada 2011.
18. Restrepo C, Álvarez E, Jaramillo C, Velez C. Effect Of Psychological Techniques On Bruxim In Children With Primary Teeth. Health Sciences Institute ,Ces, Medellín, Colombia. J. Oral Rehabil 2001 Apr; 28 (4)
19. Rodriguez C «Bruxismo». Enciclopedia Médica En Español. Medlineplus Consultado El 6 De Enero De 2010. Medlineplus (Abril De 2008).
20. Frugone G, Zambra R, Rodriguez C. Bruxismo, Rev. Avances En Odontoestomatología, 2013;Vol.19 (3):123-130.
21. Pamela V; Rodrigo M. 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. scielo. Año 1999; Santiago nov. v.70 n.6.

22. Puerto Real SA. Orientaciones Para La Onicofagia. (31 De Marzo De 2013). Consultado El 24 De Diciembre De 2014. Disponible en: http://www.santoangelpuertoreal.micolegio.es/ArchivosColegiosRADG_SantoAngelPuertoreal/ArchivosOrientacion/ONICOFAGIA%20_MORDERSE%20LAS%20U%C3%91AS_.pdf.
23. Luis María ILZARBE, Médico Estomatólogo, ONICOFAGIA FRENTE A ESTÉTICA DENTAL, odontología online- info dental en español. Valencia 2014 disponible en <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/estetica-dental/118-onicofagia-frente-a-estetica-dental.html>.
24. García G, "Etiología Y Diagnóstico De Pacientes Respiradores Bucales En Edades Tempranas.". Rev Latinoamericana De Ortodoncia Y Odontopediatría "Ortodoncia.Ws. Ed. 2011 Agost;
25. Díaz J, Fariñas M, Pellitero B, Segura N. Prevalencia De La Respiración Bucal En Pacientes Con Ortodoncia. Rev Imbiomed. 2003;vol7(3)
26. Lugo C, Toyo I. Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Cómo Influyen En Las Maloclusiones. Rev Latinoamericana De Ortodoncia Y Odontopediatría. 2011; Art5.
27. González MF, Guida GF, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones Asociadas A. Hábito De Succión Digital, Hábito De Deglución Infantil O Atípica, Hábito De Respiración Bucal, Hábito De Succión Labial Y Hábito De Postura. Revisión Bibliográfica Artículos Publicados 2012.

28. Paredes G, Paredes C. Prevalencia De Los Hábitos Bucales Y Alteraciones Dentarias En Los Escolares De Valencia (España). An Pediatr Barc 2005.
29. Aguilar M, Villaizá C, Nieto I, Frecuencia De Hábitos Orales Factor Etiológico De Maloclusión En Población Escolar. Rev Latinoamericana De Ortodoncia Y Odontopediatria "Ortodoncia.Ws Ed Electrónica. 2009 Oct;
30. Jaime Otero M, Jaime Otero I. *Revisión De Artículos Sobre "Odontología En Pacientes Con Síndrome De Down" 2012
31. Pilcher ES. El Paciente Con Síndrome De Down. Rev D.M.D. 2012.
32. Blanco Carrión A. Análisis Estomatológico En Pacientes Con Síndrome De Down (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense De Madrid; 1992.
33. Candel Y, Turpin A, Barrio J. Habilidades Lingüísticas De Los Niños Con Síndrome De Down En Edad Escolar. Integración Escolar Y Laboral. Assido. Murcia 1992; Pp. 75-115.
34. Blanco Carrion A. Analisis estomatologico en pacientes con Síndrome de Down (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1992. (60-65)
35. Paul, M. Association for Children's Mental Health 165 Western Avenue N, Minnesota St. 55102. Disponible en: www.macmh.org.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA
EAP. ODONTOLOGIA

ENCUESTA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES BUCALES
(PADRE/APODERADO)

Nombre Del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino

Padre y/o apoderado: _____

Habilidad especial: _____

TIPO DENTICIÓN:

Temporal Mixta 1ª Fase Mixta 2ª Fase Permanente

1.- ¿su hijo se cepilla todos los días? No Si

¿Cuántas veces se cepilla al día? _____

2. ¿Su hijo se chupa el dedo? No Si

Con que frecuencia:

- 1 o 2 Veces al día Al Dormir Todo el día

¿Desde Cuándo? _____

3. ¿Su hijo se muerde las uñas? No Si

Con que frecuencia:

1 ó 2 Veces al día Más de 3 veces por día 1 ó 2 veces por Semana

¿Desde Cuándo? _____

4. ¿Su hijo permanece Con la boca abierta o respira con la boca abierta?

No Si

Durante el día

Durante la noche

Durante el día y noche

¿Desde Cuándo?: _____

5. ¿Su hijo Succiona su labio? No Si

Con que frecuencia:

- 1 o 2 Veces al día Al Dormir Todo el día

¿Desde Cuándo?: _____

6. ¿Su hijo permanece Con la lengua afuera de la boca?

No Si

Durante el día

Durante la noche

Durante el día y noche

¿Desde Cuándo?: _____

7. ¿Su hijo Rechina o aprieta sus dientes? No Si

Durante el día

Durante la noche

Durante el día y noche

¿Desde Cuándo?: _____

8. ¿Su hijo succiona Otro objeto; como lápices, Chupón, juguetes, etc? No Si

¿Cuáles? (mencionar) _____

¿Desde Cuándo? _____

I. **EXAMEN EXTRAORAL**

SUCCIÓN DIGITAL/ONICOFAGIA

Dedos:

Sin evidencia
Con Callosidades
Conservado

Uñas:

Irregulares
Conservado

RESPIRACIÓN BUCAL

Cierre labial:

presente
ausente

Aletas Nasales:

Redondeadas
Aplanadas

SUCCIÓN LABIAL O QUEILOFOGIA

Labios :

Con huellas dentarias
Resecos
Hidratados

II. **EXAMEN INTRAORAL**

INTERPOSICIÓN

Interposición Lingual:

Mordida abierta anterior

Tamaño lingual:

Macroglosia
Microglosia
Conservado

PRESIÓN:

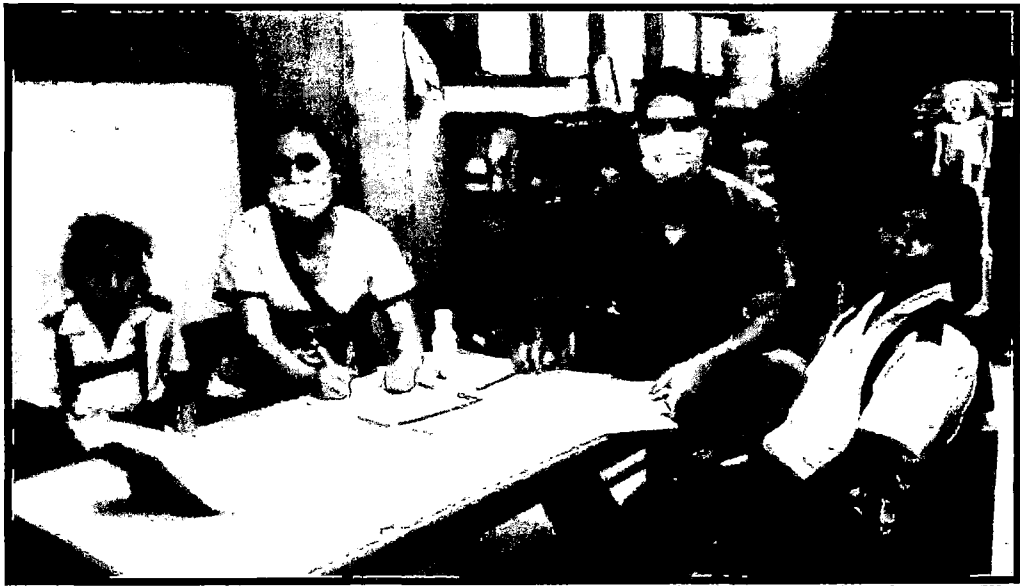
Bruxismo: NO SI

Presenta facetas de desgaste: _____

REGISTRO FOTOGRAFICO







INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: CONCITO SAAZAR DE LIS.
 1.2. Cargo e Institución donde labora: JEFE DEL SERVICIO DE CONTABILIDAD
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación: FRECUENCIA GENERAL
 1.4. Título de la Investigación: FRECUENCIA DE UNIDADES FACTURALES ENTRE AUTOS CON SINDROME DE DOWN DEL C.E. NIÑO JESUS DE PRAGA Y ESCOLARES SAN ENFERMEDAD GENÉTICA. DE LA DE ESTADU PAUCU
 1.5. Autor del Instrumento: DAVA PERIAN FLORES REARBO
ESSE DAVARO ORZ SAAR

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00-20% | Regular 21-40% | Buena 41-60% | Muy Buena 61-80% | Excelente 81-100% |
|------------------------|--|----------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 1. CLARIDAD | Está formulado con lenguaje apropiado. | | | | | ✓ |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en elementos observables. | | | | | ✓ |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología. | | | | ✓ | |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica. | | | | | ✓ |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos en cantidad y calidad. | | | | | ✓ |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de la investigación. | | | | ✓ | |
| 7. CONSISTENCIA | Basado en aspectos teórico-científicos. | | | | | ✓ |
| 8. COHERENCIA | Entre las dimensiones, indicadores e índices. | | | | | ✓ |
| 9. METODOLOGIA | La estrategia responde al propósito de la investigación. | | | | | ✓ |
| 10. OPORTUNIDAD | El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado según sus procedimientos. | | | | | ✓ |
| PROMEDIO DE VALIDACION | | | | | | 95 |

Adaptado de: OLASO, Aldo. (2003)

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:95.....%. IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(X) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: LIMA 22/09/15

INstituto Tecnológico de Lima
 INSTITUTO TECNOLÓGICO DE LIMA
 INSTITUTO TECNOLÓGICO DE LIMA
 INSTITUTO TECNOLÓGICO DE LIMA

Firma del Profesional Experto.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

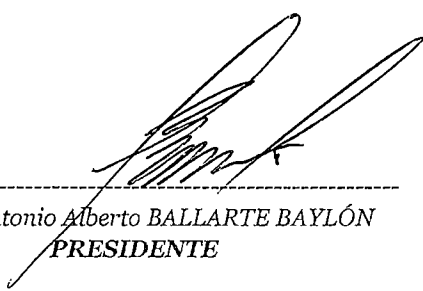
En la ciudad Universitaria de Cayhuayna, a los 20 días del mes de Junio.....del año dos mil dieciséis, siendo las 11 horas con 00 minutos, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, se reunieron en el Auditorio de la Facultad de Medicina, los miembros del Jurado Calificador de tesis, nombrados con Resolución N° 113-2016-UNHEVAL-FM-D, de fecha 14 JUN. 2016, para proceder con la evaluación de la Tesis Colectiva Titulada: "FRECUENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES ENTRE NIÑOS CON SINDROME DOWN DE LA CIUDAD DE HUÁNUCO -C.E. E NIÑO JESUS DE PRAGA Y ESCOLARES SIN ENFERMEDAD CROMOSÓMICA DEL GRADO PRIMARIA DEL COLEGIO 32005 ESTEBAN PAVLETICH-AÑO 2016", elaborado por los Bachilleres en Odontología, **DÍAZ SANDI, César Jandao y FLORES PIZARRO, Dalia Pierina**.

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

| | |
|---------------------------------------|--------------------|
| ❖ Mg. Antonio Alberto BALLARTE BAYLÓN | Presidente |
| ❖ CD. Rafael CACHAY CHÁVEZ | Secretario |
| ❖ Mg. Jubert Guillermo TORRES CHÁVEZ | Vocal |
| ❖ Mg. Jesús Omar CÁRDENAS CRIALES | Accesitario |

Finalizado el acto de sustentación de Tesis, el Presidente del Jurado Evaluador indica a los sustentantes y al público presente retirarse de la sala de sustentación por un espacio de cinco minutos para deliberar y emitir la calificación final, quedando los sustentantes **DÍAZ SANDI, César Jandao y FLORES PIZARRO, Dalia Pierina**, con la nota de 12.....equivalente a BUENO., con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación de Tesis a horas, en fe de lo cual firman.

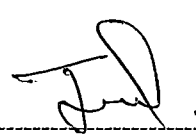
Cayhuayna, junio.....del 2016



Mg. Antonio Alberto BALLARTE BAYLÓN
PRESIDENTE



CD. Rafael CACHAY CHÁVEZ
SECRETARIO



Mg. Jubert Guillermo TORRES CHÁVEZ
VOCAL

- Bueno (14,15 y 16)
- Muy Bueno (17 y 18)
- Excelente (19 y 20)