



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS BUCALES EN LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS NIÑOS**

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTOR: Vanessa Estefanía Vivar Inga

DIRECTOR: Dra. Cristina Crespo Crespo Mg.

AZOGUES – ECUADOR

2020

*Yo me gradué en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*

DECLARACIÓN:

Yo, Vivar Inga Vanessa Estefanía declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Vanessa Estefanía Vivar', enclosed within a large, stylized blue oval. The signature is written in a cursive, somewhat abstract style.

.....
Autor/a: Vivar Inga Vanessa Estefanía

C.I.: 0350131116

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Od. Esp. PhD Priscilla Medina Sotomayor

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“INFLUENCIA DE LOS HáBITOS BUCALES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS**, realizado por **Vivar Inga Vanessa Estefanía** ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Azogues, 05 de mayo del 2020

.....

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Cristina Mercedes Crespo Crespo Mg.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA AZOGUES

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS BUCALES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS”, realizado por Vanessa Estefanía Vivar Inga, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Azogues, 05 de mayo del 2020



.....
Tutor/a: Dra. Cristina Crespo

DEDICATORIA.

Dedico el presente trabajo a Dios, por ser mi guía, otorgarme fortaleza, sabiduría, salud y por darme fuerzas para culminar mis metas.

A mis padres Iván Vivar Martínez y Carmita Inga León por sus buenos consejos, quienes con su amor, esfuerzo y trabajo me apoyaron siempre.

A mis hermanos Paulo y Paola por estar conmigo en las buenas y en las malas.

A mi novio por estar a mi lado incondicionalmente.

A mis tíos, primas y amigos quienes de alguna u otra manera estuvieron conmigo y me apoyaron en todo momento, y en especial a mi prima Sthefany por ser una guía en esta ardua etapa.

EPÍGRAFE.

Dios convierte las crisis en oportunidades, las pruebas en enseñanzas y los problemas en bendiciones.

Paulo Coelho

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios, por ser una guía fundamental en mi vida y permitirme cumplir esta meta.

A la Universidad Católica de Cuenca por darme la oportunidad de formar parte de tan prestigiosa y noble institución.

Un especial agradecimiento a mi tutora de tesis Dra. Cristina Crespo por su valiosa ayuda, entrega tiempo y dedicación en la realización de esta tesis, logro encaminar mi formación profesional.

A los docentes por todos sus conocimientos brindados e impartidos en las aulas, quienes aportaron a mi formación y me permitieron mejorar como persona y profesional.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	11
2. METODOLOGÍA.....	14
3. ESTADO DEL ARTE:	16
3.1 HÁBITOS BUCALES	17
3.2 Hábitos beneficiosos o funcionales	18
3.2.1 Hábitos incorrectos o deformantes	19
3.3 CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES	20
3.3.1 Succión digital.....	20
3.3.3 Respiración oral:.....	24
3.3.4 Onicofagia:.....	25
3.3.5 Queilofagia:	27
Bruxismo	28
3.4 DIAGNÓSTICO.....	30
3.5 TRATAMIENTO.....	30
3.7 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD	32
3.8 INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD BUCAL EN NIÑOS.	33
3.8.1 Child Perceptions Questionnaire (CPQ)	33
3.8.2 Escala de impacto de la salud oral en la primera infancia (ECOHis).....	36
3.8.3 Child- Oral index in Daily Performances (Child-OIDP).....	37
3.8.4 Child Oral Health Impact Profile (HRQoL)	39
3.8.5 Scale of Oral Health Outcomes for 5-years- old children (SOHO-5).....	41
RESULTADOS	45
Proceso para la elección e identificación de artículos científicos	47
Análisis de resultados	48
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIÓN.....	58
BIBLIOGRAFIA:.....	59

INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS BUCALES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue evaluar la influencia de los hábitos bucales en la calidad de vida de los niños, abordado desde las características generales de varios instrumentos que la miden. **MATERIALES Y MÉTODOS:** consistió en una revisión bibliográfica de literatura científica, por lo que se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de Google académico, SciELO, LILACS, PubMed, Scopus, Ibecs y Cumed, donde se establecieron criterios de inclusión, encontrándose información pertinente en 231 artículos, de los cuales 91 cumplieron con los criterios propuestos. **RESULTADOS:** 35 artículos se referían específicamente a hábitos bucales, la mayoría de corte transversal, 28 documentos trataron únicamente de calidad de vida, 24 referencias de hábitos bucales relacionados con la calidad de vida de los niños y 4 artículos sobre la salud oral en general. **CONCLUSIONES:** Existe una alta influencia en la calidad de vida a causa de los hábitos bucales deformantes, afectando en especial el estado emocional de los niños y a su vez su estado físico y social, en cuanto al análisis de las características de los instrumentos se comprobó que existe una semejanza entre los ítems, dominios y su escala utilizada en el instrumento, sin embargo, se recomienda aplicar los instrumentos de medición según la necesidad del estudio, pues ha sido difícil la búsqueda tratando de relacionar estrictamente calidad de vida y hábitos bucales, en razón de ello las investigaciones deberían incrementarse en ese sentido.

PALABRAS CLAVE: hábitos bucales, calidad de vida, salud oral, calidad de vida en relación a salud bucal.

INFLUENCE OF ORAL HABITS ON THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN

SUMMARY

The objective of this research was to evaluate the influence of oral habits on the quality of life of children, approached from the general characteristics of various instruments that measure it. **MATERIALS AND METHODS:** it consisted of a bibliographic review of scientific literature, so that exhaustive search was carried out on the databases of academic Google, SciELO, LILACS, PubMed, Scopus, Ibecs and Cumed, where inclusion criteria were established, finding pertinent information in 231 articles, of which 91 met the proposed criteria. **RESULTS:** 35 articles referred specifically to oral habits, the majority were cross-sectional, 28 documents dealt only with the quality of life, 24 references to oral habits related to the quality of life of children, and 4 articles on oral health in general. **CONCLUSIONS:** There is a high influence on the quality of life due to deforming oral habits, affecting especially the emotional state of children and, in turn, their physical and social state. As for the analysis of the characteristics of the instruments, it was found that there is a similarity between the items, domains, and their scale used in the instrument. However, it is recommended to apply the measurement instruments accordingly to the need of the study, since the search has been difficult in trying to strictly relate the quality of life and oral habits, for this reason, investigations should be increased in that sense.

KEYWORDS: oral habits, quality of life, oral health, quality of life in relation to oral health.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, es muy necesario el conocimiento de los hábitos bucales deformantes que se presentan con gran frecuencia en nuestro diario vivir, ya que constituyen un problema significativo de salud bucodental tanto a nivel mundial como nacional e influye de manera directa en las personas que presentan esta alteración, afectando su calidad de vida.

Son varias las causas que pueden producir alteraciones o incorrectas posiciones dentarias e inadecuadas relaciones de los maxilares; dentro de ellas, encontramos los hábitos orales deformantes que son un problema en su desarrollo, presentando insatisfacción en su apariencia y perjudicando de esta manera las actividades diarias del niño.^{1,2,3}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone que “los hábitos orales deformantes son un problema de salud frecuente en la población escolar”, ya que se encuentran en un proceso de formación tanto físico, mental como social; además presentan una extensa capacidad de asimilación y aprendizaje de conductas y experiencias; varios estudios manifiestan que los hábitos orales pueden ser de origen multicausal y se la define como una práctica o costumbre que se obtiene a través de un acto repetido, de la misma manera se consideran reflejos de un espasmo muscular de carácter complicado, por ello, al principio es un episodio voluntario y consiente, que se va convirtiendo en un hecho involuntario e inconsciente cuando prevalece; la masticación, respiración nasal, el habla y la deglución, son considerados fisiológicos, al contrario de los no fisiológicos entre los cuales encontramos la succión de dedo (succión digital), respiración bucal, deglución atípica, queilofagia, onicofagia, empuje lingual y masticación de objetos.⁴⁻⁹

Los órganos dentales son parte fundamental de la estética facial y presentan funciones principales en el aspecto social, cultural y psicológico de las personas, influyendo directamente en la apariencia física del niño.

La calidad de vida es definida por la OMS como “la percepción propia de un individuo de su entorno de vida sociocultural y de los valores en que se vive, en relación con sus objetivos, valores y expectativas”; por esta razón está relacionada con la salud bucal (CVRSB), y se la define como el impacto que tiene la salud y enfermedad bucal en las actividades diarias, en su bienestar o calidad de vida de una persona; el estudio de Reyes R, et al. (2014) identificó los factores de riesgo asociados con los hábitos orales deformantes, precisando que si se mantienen a lo largo del tiempo pueden afectar en el desarrollo físico y emocional

del niño, e identificando como el hábito más frecuente a la succión digital, origen de maloclusiones e insatisfacción en su apariencia.^{2,3,4,10,11}

En otro estudio León E y cols (2016) en Azogues Ecuador, realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, su objetivo fue conocer el impacto de la salud bucal mediante el CPQ (Cuestionario de Percepción de Salud Bucal) corto, identificándose a la respuesta de Sintomatología Oral ($p=0,03$) como la más relevante, concluyendo además que las afecciones de la salud oral afectan negativamente en la calidad de vida de los escolares.¹²

Es inevitable evaluar cómo influye la salud oral con relación a la calidad de vida de los niños, a causa de numerosos problemas buco-dentales como es el caso los hábitos bucales, para ello es necesario realizar un enfoque completo y estudiar el impacto psicológico y social de estas afecciones mediante la aplicación de varios instrumentos para medir este indicador; una gran parte de estos cuestionarios contienen varias preguntas o ítems, entre ellos encontramos a: Child Perceptions Questionnaire (CPQ) , para niños de 8-10 (CPQ 8-10) y 11-14 años (CPQ11-14); o Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP(11-14)); Child Oral Health Impact Profile (HRQoL), para niños de 8-14 años, y el Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS).^{12,13,14}

Gomes M y cols, (2018) en Brasil, realizaron un estudio transversal, donde evaluaron la asociación entre los factores psicológicos, las condiciones socio-demográficas, los hábitos orales y la mordida abierta anterior. Los resultados tuvieron mayor prevalencia de mordida abierta anterior con el 15,2%, asociadas al uso del chupete y succión de digital, presentando una relación significativa con los factores psicológicos y socio-demográficos.¹⁵

Según Mamani L y cols, (2017) en Lima, Perú, realizaron un estudio transversal, donde se evaluó el impacto de la maloclusión considerando la necesidad de tratamiento de ortodoncia en la calidad de vida relacionada con la salud oral mediante el Cuestionario de Percepción Infantil (CPQ 11-14) de las escuelas públicas peruanas en Juliaca; el impacto en la calidad de vida fue mayor en la necesidad de tratamiento moderado con 56.08 ($p<0.001$), concluyendo que la maloclusión afecta la calidad de vida de los estudiantes.¹⁶

Debido a que los hábitos bucales constituyen un problema significativo de salud bucal, es necesario refrescar conocimientos y evaluar su influencia en aspectos físicos, biológicos y emocionales de los niños y adolescentes, para ello existen investigaciones que han utilizado instrumentos de medición validados que transforman el aspecto subjetivo de la calidad de vida en valores objetivos que precisan la afección de quién lo padece.

De este modo, por lo antes mencionado, el objetivo general de mi investigación es analizar los hábitos bucales más frecuentes y cómo influyen estos en la calidad de vida de los niños; a más de ello, la presente revisión pretende identificar características de los instrumentos para medir la calidad de vida y cuáles son los más utilizados para su evaluación en relación con los hábitos bucales, finalmente se apreciará cuanto se ha investigado sobre el tópico de la actual investigación.

2. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica y una actualización acerca de los hábitos bucales deformantes y cómo influyen estos en la calidad de vida de los niños, aportando al acervo de información que existe en el medio. La búsqueda se realizó en bases de datos como: Google académico, SciELO, LILACS, PubMed, EBSCOhost, Scopus, Ibecs y Cumed, se incluyeron artículos publicados en los últimos cinco años, los descriptores o palabras clave se utilizaron tomando como recomendación los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los de Medical Subject Headings (MeSH) con la ayuda de los operadores booleanos AND/OR; obteniéndose los siguientes términos claves; hábitos orales, calidad de vida, maloclusión, respiración bucal, succión digital, onicofagia, hábitos linguales, salud oral, factores socio-demográficos, condiciones socio-económicas, instrumentos de salud oral, así mismo se utilizaron palabras clave en inglés como: oral habits, quality of life, malocclusion, mouth breathing, finger sucking, onychophagia, tongue habits, oral health, socio-demographic factors, socio-economic conditions, oral health instruments, Child Perceptions Questionnaire (CPQ), Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP), Child Oral Health Impact Profile (HRQoL) y Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS).

Se evaluaron 231 artículos científicos de interés, de los cuales se seleccionaron 91 referencias bibliográficas, considerando siempre la calidad de su alto valor científico y la actualización de dichos artículos.

Criterios de inclusión

Los artículos científicos de hábitos bucales relacionados con la calidad de vida o la salud oral fueron incluidos únicamente si cumplían los siguientes criterios establecidos.

- Publicaciones de estudios originales, revisiones sistemáticas y bibliográficas
- Estudios de tipo transversal, longitudinal o de intervención.
- Artículos publicados desde el año 2015.
- Artículos publicados en cualquier país.
- Artículos publicados en español, inglés o portugués.

Criterios de exclusión

Dentro de los criterios de exclusión se describen varias normas que no se encuentra acorde al estudio establecido, por lo tanto, se descartaron varios de ellos.

- Artículos que no estaban relacionados con el contenido establecido.
- Publicaciones incompletas o estudios que no fueron accesibles a la totalidad del contenido.
- Estudios que no se encontraban actualizados o estaban fuera del año de selección, salvo tres publicaciones científicas cuyos datos aportaban en el análisis del tema motivo de estudio.

Luego de haber obtenido los documentos de interés, se realizó un listado manual distribuyéndolos por temas como: hábitos bucales deformantes, calidad de vida, salud oral, instrumentos de salud oral, entre otros y a partir de todas las publicaciones seleccionadas se desarrolló la presente revisión.

3. ESTADO DEL ARTE:

La salud bucal es un mecanismo muy importante y esencial para la salud general además también puede comprometer la calidad de vida de las personas, por ello es fundamental su evaluación, para un correcto desarrollo y crecimiento que comienza desde la niñez, considerando que la percepción de salud oral va a ser una variable multidimensional tanto en factores internos como externos del individuo. La salud la define la OMS, como la ausencia de enfermedad y/o trastorno de un individuo o un estado de bienestar total, físico, mental y social, en ese contexto las enfermedades bucodentales siendo parte del todo integral de la salud general, están presentes desde edades tempranas y se van desarrollando durante el tiempo; una vez que se encuentra establecida, es indispensable intervenir de manera educativa y terapéutica, con el fin de disminuir o eliminar estos trastornos dento-maxilares que alteran el sistema estomatognático del niño; es necesario recalcar adicionalmente que resulta complejo este hecho pues su atención demanda costos importantes en el ámbito de la práctica odontológica, ello consecuentemente va creando un fuerte impacto en la sociedad que incide en el diario vivir del entorno familiar, por ello es necesario poner énfasis en la comunicación de la salud oral como una estrategia para informar a distintos miembros de la población acerca de aspectos relativos a la salud, conjuntamente con herramientas tecnológicas y difundirla a la población aumentando conciencia sobre aspectos de salud colectiva e individual, siendo pilares en el desarrollo de la salud.^{4,17,18,19,20,21}

3.1 HÁBITOS BUCALES

Los hábitos bucales son un factor de riesgo para el correcto desarrollo del sistema estomatognático y constituye la principal causa de maloclusiones y deformaciones dentoalveolares; esta condición al presentarse hasta antes de los 3 años de edad se considera relativamente normal, después de este tiempo se transforman en hábitos bucales deformantes que se adquiere por la práctica y repetición del mismo acto, afectando así a su formación física, mental y social presentando trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico/emocional del niño, perjudicando la calidad de vida del mismo; ya que no solo compromete su estética sino también el desarrollo de las funciones masticatorias o respiratorias, el habla y el equilibrio físico o psicológico del niño; por esta razón es de gran importancia eludir la aparición de esta patología, ya que varias son las consecuencias que pueden ocasionar los hábitos orales deformantes, no pueden ser solamente considerados como un problema de salud bucal, sino también deben estar relacionados con la calidad de vida, afectando de manera considerable el normal desarrollo alveolar y craneofacial, obstaculizando su desarrollo e interfiriendo en su crecimiento, presentando cambios significativos ya mencionados en las funciones respiratorias o masticatorias, el lenguaje y el equilibrio físico y emocional del niño, provocando problemas concomitantes en su comportamiento social, mostrándose de una manera retraída, tímida y hasta agresiva, por lo que hay que estar al pendiente de estos niños y niñas que puedan tener signos de este trastorno dento-facial.^{1,3,4,22,23,24}

La mayoría de personas muestran un escaso conocimiento acerca de los resultados dañinos y las secuelas que estos pueden ocasionar a largo plazo, por ello es necesario realizar una intervención con el objetivo de informar a los padres, maestros y niños acerca

de los resultados negativos que acarrea ignorar dichos hábitos; por esta razón algunos estudios reportan que es de gran importancia el convencer al niño del gran daño que provoca la práctica de estos hábitos nocivos, por lo que siempre se debe contar con la cooperación de sus padres o tutores, ya que es un pilar fundamental para una erradicación placentera del hábito; por lo tanto cabe recalcar y dar a conocer que los hábitos orales deformantes son conductas para-funcionales, de origen neuromuscular y de naturaleza muy compleja. Como se manifestó en líneas anteriores son normales en un determinado tiempo de la vida, sin embargo al existir una persistencia, estos pueden llegar a producir una mal formación e inadecuadas relaciones entre los maxilares, debido a que inicialmente son actos voluntarios y conscientes que se convierten en actos involuntarios cuando prevalecen, ocasionando una serie de anomalías, como alteraciones neuromusculares y trastornos en el crecimiento óseo, las consecuencias se derivan en mordidas abiertas, prognatismo maxilar, retrognatismo mandibular, paladar ojival, incisivos superiores vestibularizados y problemas en la erupción de una o varias piezas dentarias; es por esto que la gran parte de niños, presentan una íntima relación entre su aspecto físico y su adaptación familiar y social.^{3,15,17,25,26,27,28}

3.2 Hábitos beneficiosos o funcionales

Son aquellos que al cumplir una función normal y al realizarlo correctamente, van a incitar y favorecer el desarrollo normal de todo el aparato masticatorio, siendo estándares de naturaleza compleja en la contracción muscular, entre ellos: la deglución, el habla, respiración normal y la masticación.^{3,15,29}

3.2.1 Hábitos incorrectos o deformantes

Resultan de la función normal que son preservados por un largo tiempo y se vuelve un acto que no es funcional ni necesario, ejerciendo fuerzas perjudiciales y una ruptura en el equilibrio de las piezas dentales, tejidos blandos y de los maxilares, entre ellos tenemos a: la respiración bucal, onicofagia, queilofagia, empuje lingual, deglución atípica, masticación de objetos, bruxismo, succión digital y el uso de biberones y chupetes después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales. Ellos constituyen causas primarias o secundarias de maloclusiones o deformaciones dento-maxilares, y si se mantienen por largos períodos de tiempo, pueden desencadenar varias alteraciones maxilofaciales, musculares, óseas y dentales. Otra secuela negativa de estos hábitos pueden ser los diferentes trastornos en el lenguaje, problemas en la oclusión, malos hábitos alimenticios y daños en el adelanto físico y emocional del niño, también consiguen estimular un cambio en la musculatura facial alterando un equilibrio entre las fuerzas de las mejillas, labios y lengua, provocando a su vez un estímulo de los trastornos miofuncionales orofaciales. Una explicación de dichos hábitos es que suelen ser reacciones inconscientes que pueden revelarse en situaciones de stress, fatiga, aburrimiento y frustraciones, también pueden aparecer por falta de cuidado o atención de los padres o por tensiones en el medio intra-familiar, provocando en ellos hiperactividad, falta de atención, impulsividad, incitando a no congeniar bien con sus compañeros e induciendo a tener una baja autoestima, pudiendo ser agresivos, ansiosos o presentar depresión. ^{3,4,6,9,27,30,31,32}

3.3 CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES

3.3.1 Succión digital:

Es un proceso fisiológico y muy común en niños, este hábito comienza desde la vida fetal y es normal en recién nacidos durante sus primeros meses de vida, ya que produce un estímulo neuromuscular provocando un desarrollo normal mediante movimientos retrusivos y protrusivos que incitan a su vez el crecimiento de las ramas mandibulares y de la articulación temporomandibular, sin embargo este hábito al presentar una duración mayor o más allá de los 3 años se convierte en un proceso patológico, afectando la salud del infante. La succión digital consiste en colocar la yema del dedo en la boca y apoyarla sobre el paladar, el proceso alveolar y las caras palatinas de los incisivos superiores.^{1, 5, 27, 33}



Figura 1: Hábito de succión digital

Fuente: Lugo C., Toyo I. Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Como Influyen En Las Maloclusiones. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría; 2011,pp:1-17.

El hábito de succión digital, el uso de biberones y chupetes se encuentran íntimamente relacionadas con la lactancia materna; según Reyes D y cols, realizaron un estudio de niños de 2- 4 años, integradas por 300 madres con sus hijos, donde se observó que hay una disminución notable de hábitos bucales a medida que la madre le da de lactar mayor tiempo al bebe; es por ello que su persistencia es considerado un signo de ansiedad, hambre, tristeza, falta de calor materno, regañones, celos, frustraciones por complicaciones escolares y familiares o también por falta de amamantamiento o aburrimiento; este hábito va a tener una mayor o menor secuela según la edad en la que comienza, es decir, mientras menor edad, mayor es el daño, porque el hueso de los niños tiene una capacidad mayor de formarse o moldearse, siendo necesario actuar inmediatamente con el fin de poder modificar el crecimiento de los maxilares.^{27,24,34}



Figura 2: Alteraciones relacionadas con el hábito de succión digital. Vista frontal y lateral
Fuente: Romero-Maroto Martín, Romero-Otero Pilar, Pardo de Miguel Ana María, Sáez-López Manuel.
Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE. 2004; 9(1): 77-82.

3.3.2 Deglución atípica:

Es un hábito no fisiológico, llamado también interposición lingual, lengua protráctil, deglución inmadura, empuje lingual y deglución desviada; esta se produce por la interposición o presión de la lengua entre los dientes al momento de deglutir, la persistencia de dicho hábito por un largo tiempo o durante la erupción de los incisivos puede originar una mordida abierta; esto ocurre con frecuencia en niños que se hallan en reposo y los labios no se encuentran en contacto, por lo que afecta a la fase bucal y laringofaríngea de la deglución. ^{17,23,35}

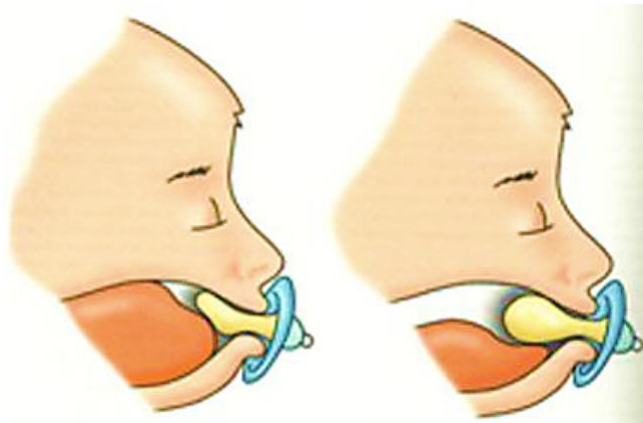


Figura 3: Deglución atípica, persistencia de varios factores en la deglución infantil

Fuente: Lugo C., Toyo I. Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Como Influyen En Las Maloclusiones. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría; 2011,pp:1-17.

Este hábito puede clasificarse en 3 tipos según su etiología y sus características clínicas:^{1,35}

a. **Tipo 1:** Deglución atípica simple, esta se identifica únicamente por mostrar una mordida abierta anterior altamente definida, sin embargo presenta una excelente adaptación oclusal en los 2 maxilares.^{1,35}



Figura 4: Imágenes intraorales de un niño con deglución atípica simple. Vista frontal y laterales.
Fuente: Begnoni G , Cadenas de Llano-Pérula M , Dellavia C , Willems G . Cephalometric traits in children and adolescents with and without atypical swallowing: A retrospective study. Eur J Paediatr Dent. 2020 Mar; 21 (1): 46-52.

b. **Tipo 2:** Deglución atípica compleja; en ella se muestra una mordida abierta anterior amplia y poco delimitada, no existe contacto entre los maxilares dentarios durante su deglución y su ajuste oclusal tiene un amplio desequilibrio a nivel incisal, de los caninos y los premolares.^{1,35}

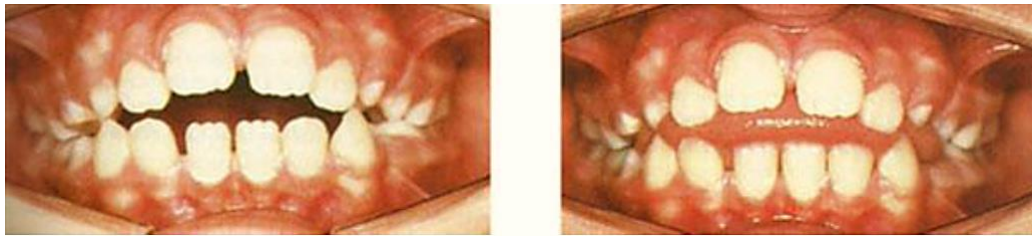


Figura 5: Imágenes intraorales con deglución atípica compleja. Vista frontal.
Fuente: Lugo C., Toyo I. Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Como Influyen En Las Maloclusiones. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría; 2011,pp:1-17.

c. **Tipo 3:** Deglución atípica complicada, esta también se identifica como persistencia de la deglución infantil o deglución infantil conservada, en ella simplemente hay unión oclusal entre las 2 arcadas en el ultimo estadio de la deglución, es decir, entre los segundos molares de cada uno de los cuadrantes.^{1,35}

En un reciente estudio según Begnoni (2020), se planteó una hipótesis donde propone que la postura y el tamaño de la lengua podrían perjudicar no solo la posición de las piezas dentales sino también al desarrollo oral que involucra problemas en el habla y en la aparición de maloclusiones.³⁶



Figura 6: Imágenes intraorales con deglución atípica complicada. Vista frontal.

Fuente: Lugo C., Toyo I. Hábitos Orales No Fisiológicos Más Comunes Y Como Influyen En Las Maloclusiones. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*; 2011,pp:1-17.

3.3.3 Respiración oral:

Causado por trastornos respiratorios o por hábitos; se puede presentar como obstrucción funcional, que se define como un factor etiológico para la respiración con trastornos del sueño, provocando una presión pasiva del labio es decir existe una incompetencia labial permanente lo cual impide haber una respiración normal, también se puede presentar por un obstáculo a nivel de las fosas nasales impidiendo el paso de aire a través de ellas; la causa que puede producir dicha alteración es la presencia de hipertrofia amigdalina y faríngea, desviación del tabique nasal, hábitos orales prolongados, alteraciones musculares, edema transitorio de la mucosa nasal, como la rinitis intermitente, y obstrucción de la vía aérea, adenoides hipertróficas e inflamación de la mucosa por alergias.^{37,38,39}

La obstrucción de las vías aéreas respiratorias constituye un factor negativo, pues impide un crecimiento normal de las piezas dentarias y del esqueleto cráneo facial, lo que provoca una secuela de efectivos nocivos que incluyen ciertas características propias como: la cara larga, un maxilar estrecho, bóvedas palatinas altas, Clase II esquelética o Perfiles de clase

III, mordida abierta, mordida cruzada, labio superior acortado, labio inferior invertido y la postura de la cabeza hacia adelante.^{37,38, 39}

Antunes, et al. (2019); realizaron un estudio transversal con 82 niños de 7 a 12 años, cuyo objetivo fue analizar la relación del tiempo de lactancia con signos de respiración oral en niños con mal desempeño escolar; al finalizar el estudio, del total de infantes estudiados, (61) que recibieron lactancia materna durante más de seis meses, el 70% de los escolares presentaron signos de respiración oral; observando una asociación entre el momento de la lactancia y la obstrucción nasal, dificultad o retraso al tragar alimentos y dormir con la boca abierta, es decir que los niños con bajo rendimiento escolar e infantes que tuvieron una lactancia menor a seis meses presentaron una alta asociación con los signos de respiración oral.⁴⁰



Figura 7: Respiración bucal. Fotografía facial y de perfil.

Fuente: Zamora B, Uriarte J, Cota J. Mioterapia funcional como apoyo en manejo de pacientes con Síndrome de Respiración Bucal. Rev Tamé 2019; 8 (22):886-890.

3.3.4 Onicofagia:

Se considera una costumbre perniciosa que se obtiene con el tiempo, por cortarse o morderse las uñas con los dientes, pudiendo afectar sus tejidos adyacentes tales como, los dedos, labios o el tejido periodontal, produciendo también desviaciones de una o varias piezas dentales, al igual que desgaste incisal en los dientes antero-superiores; clínicamente se observa uñas cortas y desiguales, cutículas ausentes, coloración en la piel que rodean

las uñas, hemorragias y pliegues en los dedos, a nivel bucal se evidencia desgaste dental, erosiones, daños en el esmalte dental, úlceras en las encías, inflamación gingival, masticación unilateral, y en otros casos disfunciones o trastornos de la articulación temporomandibular, también se pueden dar otras complicaciones, tales como infecciones orales o respiratorias debido a que se encuentran altos niveles de bacterias presentes en las uñas. Usualmente la Onicofagia es común que se presente en niños y en jóvenes, se origina a causa de la ansiedad, agresividad, angustia, estrés y en algunos estudios se ha llegado a relacionar con el trastorno obsesivo compulsivo; en otros estudios demuestran que el hábito de morderse las uñas comienza en una edad de 3 – 4 años, empeorando entre los 5 o 6 años hasta la adolescencia, pudiendo disminuir hasta los 18 años.^{1,41,42,43}

En cuanto a su tratamiento varios estudios mencionan o incluyen el castigo, sin tomar en cuenta el estado emocional del niño, lo cual puede producirle ansiedad o frustración empeorando su estado; la psicoterapia es otro método como tratamiento, así también como el adiestramiento para la reversión de hábitos y terapia farmacológica. Se mencionan a la acupuntura y la acupresión siendo este muy eficaz para disminuir la ansiedad del niño.^{42,43}

Gür, et al. (2018). Menciona en su investigación que los estudiantes que se muerden las uñas tuvieron una menor calidad de vida (QoL) y una mayor tasa de estigmatización en comparación con otros estudiantes que no se mordían las uñas.⁴³



Figura 8: Onicofagia. a) Uñas cortas. b) Fotografías intraorales, frontal y de perfil; desgaste de las piezas dentales

Fuente: Benítez J, Benítez G. Modificación conductual en un caso de onicofagia. *Revista ADM* 2013; 70 (3): 151-153

3.4.5. Queilofagia:

Se define como el acto de lamerse, morderse o succionarse los labios, puede ser el superior o el inferior, sin embargo usualmente es el inferior, clínicamente se observan grietas, erosiones, sequedad e irritación en el borde del bermellón, esto puede provocar obstrucción en el crecimiento óseo, labio superior hipotónico, labio inferior hipertónico, incompetencia labial, retracción de la mandíbula durante el acto, malposición dental como linguoversión de los incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores, así también deformaciones dentofaciales. Al igual que otros hábitos este se ve influenciado por el estrés, estilo de vida, un entorno familiar violento, falta de atención de los padres, frustración y falta de madurez emocional.^{1,44,45,46}



Figura 9: Queilofagia. Hábito de morderse los labios o carrillos.
Fuente: Dra. BARBERIA L. E. "Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos". Ed. Médica Ripano. 1ª Edición. Madrid, España. 2005.

En el estudio de Neil De S, et al. (2018), destacan un dispositivo innovador que junta el arco lingual activo (LA) y el parachoques labial (LB) indicado para el tratamiento de la pérdida de espacio y el hábito de chuparse los labios, este aparato es un mantenedor de espacio fijo bilateral, previniendo la mesialización de los primeros molares mandibulares y los parachoques labiales (LB) se encuentran indicados para el tratamiento de la discrepancia de longitud de arco, ensanchando el arco entre los premolares/ molares y la profundidad del arco, en la proclinación de incisivos y la inclinación distal de los primeros molares

inferiores; utilizando también para la eliminación del hábito de succión del labio inferior y la hiperactividad mental.⁴⁷

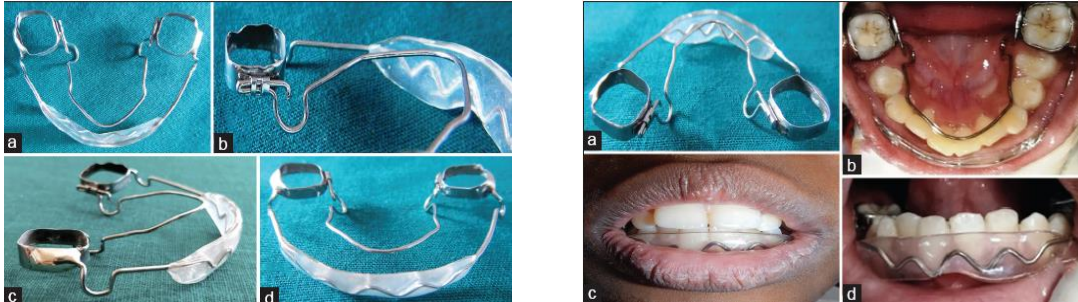


Figura 10: Arco lingual activo y parachoques labial. (a) Vista superior del aparato. (b) Vista medial del aparato. (c) Vista lateral del aparato. (d) Vista anterior del aparato. **Figura 11:** (a) Vista posterior del aparato. (b) Vista oclusal intraoral del aparato. (c) Vista anterior intraoral (en reposo) del aparato. (d) Vista anterior intraoral del aparato.

Fuente: De Souza N, Martires S, Chalakkal P, Da Costa GC. An innovative appliance for the simultaneous treatment of premolar space loss and lip sucking habit. *Contemp Clin Dent.* 2018;9: S358-60.



Figura 12: Queilofagia.

Fuente: VAN WAES H. J. M., STOCKLI P.W. "Atlas de Odontología Pediátrica. Cáp. Tratamientos ortodónticos interceptivos durante el desarrollo de la oclusión". Ed. Masson. Edición Española. Barcelona, España. 2002.

3.4.6. **Bruxismo:**

Es una parafunción, de etiología multifactorial, donde existe un rechinar o frotamiento de las piezas dentales mediante movimientos no funcionales de sistema masticatorio durante el día y/o la noche de forma voluntaria e involuntaria; el bruxismo se puede considerar que es una conducta inofensiva o se puede transformar en un factor de riesgo

para algunas consecuencias clínicas como, problemas psicológicos, estrés, hiperactividad, ansiedad, nerviosismo, problemas respiratorios como rinitis alérgica, personas que roncan, asma e infecciones en las vías aéreas; además este hábito puede provocar alteración de los músculos masticatorios, incluyendo daños en las piezas dentales, en el periodonto y en la articulación temporomandibular, estructuras relacionadas con piezas dentarias (movilidad y desgaste dental), fatigas en algunas zonas como el oído y la mandíbula o dolor de cabeza, espalda y cuello.^{48,49,50,51}

Brancher, LC, et al. (2020) en un estudio transversal que realizaron en las escuelas públicas de Brasil en 586 niños, donde se encuestaron a los padres o cuidadores suministrando información relacionada con los sonidos como son, rechinar los dientes durante toda la noche, evaluar problemas sociales, emocionales y del comportamiento de los niños, se analizó considerando cada subescala del cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), donde se obtuvo una prevalencia del 30,83% de bruxismo del sueño con una relación significativa mayor en niños con síntomas emocionales anormales ($p < .001$, hiperactividad o falta de atención $p = .034$) y problemas en la relación con los compañeros ($p = .003$), de la misma manera no existió ninguna significancia estadística entre el bruxismo del sueño y las características demográficas y socio-económicas no obstante el bruxismo de sueño según las conclusiones del artículo involucra la calidad de vida de los niños.⁵¹



Figura 13: Bruxismo. Fotografía intraoral frontal, desgaste dental del bruxismo infantil
Fuente: J. Fleta Zaragozano. *Bruxismo en la infancia, causas y orientación terapéutica. Pediatr Integral* 2017; XXI(7): 486.e1–486.e3

3.4 DIAGNÓSTICO

Para un buen diagnóstico es necesario realizar un adecuado examen clínico, ya que las características de la dentición primaria son fundamentales para el correcto desarrollo de la dentición permanente, se deben tomar en cuenta y hacer un análisis tanto intra como extra oral, ya que es muy difícil que el niño manifieste en la consulta odontológica dichos hábitos perniciosos, por lo que es necesario el apoyo del padre/ tutor a cargo o por un cuestionario de preguntas y realizar una comparación con el examen clínico, que en ella debe incluir, la morfología de la lengua, labios, mejillas, biotipo facial, forma y posición individual de las piezas dentales, incluyendo espacios interdentes de dientes deciduos y piezas dentales de crecimiento, considerar también su orden de erupción, el tipo de oclusión, verificando si presenta alguna anomalía como una sobremordida ya sea leve o moderada, la posición de los dientes anterosuperiores en relación con el plano oclusal, el plano terminal recto, una apropiada relación de la guía canina y molar y sobre todo la forma de los arcos dento-maxilares; también es indispensable reconocer cualquier tipo de problema, ya sea en las vías aéreas, anomalías orofaciales, alergias, deficiencias neuromotoras o cualquier tipo de problema psicológico del niño y medir su comportamiento o actitud frente a la consulta, ya que en la gran mayoría de casos, su diagnóstico es erróneo y se quedan sin tratamiento alguno ya sea por la falta de experiencia o por el escaso conocimiento de la población en general.^{15, 17, 23,52}

3.5 TRATAMIENTO

Es complicado establecer un adecuado tratamiento de los hábitos bucales deformantes, ya que estos trastornos al encontrarse establecidos y constantes no tiene una cura directa y pueden afectar el orden psicológico, social y biológico de los niños encontrándose

íntimamente relacionada con la calidad de vida de ellos; en varios estudios se ha relacionado a esta patología con hábitos alimenticios, ya sea por el consumo de alimentos blandos provocando un descenso de las fuerzas masticatorias, succión digital produciendo una posición incorrecta de la lengua, así también el agotamiento físico debido a una falta de sueño, interrumpiendo una respiración normal y volviéndola patológica provocando trastornos en el déficit de atención; en este listado también están problemas psicológicos del niño provocando estrés y en él un hábito nervioso de morderse las uñas o el bruxismo. El tratamiento también estará en relación con la duración, frecuencia e intensidad del hábito, por este motivo es necesario intervenir en edades tempranas con el fin de reprimir, debilitar y evitar un efecto dañino sobre la oclusión y todo el sistema estomatognático, mediante acciones educativas o terapéuticas que ayuden a la eliminación de dichos hábitos perniciosos, por medio, de un método psicológico, en el cual sea el niño quien llame para realizar una cita y con la asistencia de los padres se consiga una conducta que instaure una meta guiada a la eliminación el hábito, como darle una pequeña recompensa a cambio de un buen comportamiento. También se ha propuesto algunos métodos mecánicos que consisten en colocar guantes de tela para dormir, envolver el dedo con una cinta adhesiva o un líquido de sabor desagradable, sin embargo este método no es recomendable, ya que afecta el estado psicológico del niño. Aparatos odontopediátricos fijos o removibles es otro tipo de tratamiento cuando ya hay afección en las estructuras anatómicas del niño, como la instalación de un aparato extrabucal que genera fuerzas en la parte externa de la cavidad oral en la zona occipital, parietal y cervical con el fin de fijar y redirigir las piezas dentarias y a su vez el crecimiento craneofacial; así también se puede mencionar otro método como la auriculoterapia que es un procedimiento positivo como tratamiento de los hábitos bucales deformantes. Finalmente también dependerá de la causa del hábito ya sea física,

psicológica, ambiental o social, de esta manera también se puede remitir a un especialista de dicha área para solucionar el problema presente.^{4,7,49,53,54}



Figura 14: Fotografías intraoral Vista frontal. Aparato con rejilla lingual escudillo vestibular, en pacientes con interposición del labio inferior. **Figura 15:** Fotografías intraoral, escudillo vestibular, en pacientes con interposición del labio inferior. **Fuente:** Dra. Reni Muller K. Y Col. *Malos Hábitos Orales: Rehabilitación Neuromuscular Y Crecimiento Facial. Rev. Medicina. Clin. Condes - 2014; 25 (2) 3.*

3.6 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto multidimensional que se define como el bienestar o la suma de sensaciones personales que se relacionan con varios ámbitos como es la salud, la política, la economía, la educación entre otros; también se asocia al aspecto físico, social y psicológico de las personas.^{2,11,24} La salud oral se encuentra íntimamente enlazada con la calidad de vida, ya que esta se puede presentar como una condición negativa en el aspecto de salud social, funcional y psicológico de los niños, por lo que dichas personas presentan una salud funcional deteriorada donde puede afectar indistintamente su calidad de vida.^{35,54}

3.7 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ORAL

La calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSB) se define como, la percepción particular que tiene el individuo de su vida en relación con diferentes factores de salud, perjudicando varios componentes ya sean, sociales, culturales, económicos, ambientales, de salud física o emocionales. Por esta razón, se ve relacionada con mayor frecuencia con el ámbito clínico y con la economía de la salud, documentándose que las enfermedades

orales pueden afectar tanto la vida diaria como la calidad de vida. Por lo dicho los niños se encuentran cada vez más vulnerables a una variedad de anomalías buco dentales que se pueden presentar con gran impacto en su calidad de vida, por lo que se ha propuesto medir la calidad de vida y la salud oral, para así, de esa manera ayudar en la evaluación de necesidades de tratamiento, priorizando la atención y la evaluación del resultado.^{19,35,56,57}

Por lo mencionado, para evaluar la salud oral en relación con la calidad de vida se han desarrollado diferentes cuestionarios que comprenden aspectos sociales, físicos y psicológicos en las actividades diarias relacionadas con la salud oral, proponiendo una solución a la problemática dada, entre los instrumentos mas utilizados para medir la calidad de vida en relación con la salud oral encontramos a: Child Perceptions Questionnaire (CPQ) , para niños de 8-10 (CPQ 8-10) y 11-14 años (CPQ11-14); o Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP(11-14)); Child Oral Health Impact Profile (HRQoL), para niños de 8-14 años, y el Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), entre otros.^{35,58,59,60}

3.8 INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD BUCAL EN NIÑOS.

3.8.1 Child Perceptions Questionnaire (CPQ)

Este instrumento fue desarrollado por Jockovic y cols en el año 2002 en Canadá, es un cuestionario de auto percepción que fue desarrollado para medir el impacto de varias condiciones bucales y oro-faciales, teniendo en cuenta los estilos de vida y las habilidades cognitivas de los niños; por ello existen dos tipos, el primer instrumento mide la CVRSB en los niños de un rango de edad de 8 - 10 años elaborado en el 2004 y el otro instrumento mide de 11 - 14 años elaborado en el 2002; ambos abarcan dimensiones de: síntomas

orales de 6 preguntas, limitación funcional de 9 preguntas, bienestar social de 13 preguntas y bienestar emocional de 9 preguntas.^{12,57,61} La versión CPQ de 8 a 10 años consta de 29 preguntas y un tiempo de recuerdo de 4 semanas, mientras que la versión de 11 a 14 años cuenta con 37 preguntas y con un tiempo de recuerdo de 3 meses.^{12,56,61} Las respuestas se indican mediante una escala Likert, donde 0 = “nunca”, 1 = “una o dos veces”, 2 = “a veces”, 3 = “a menudo”, y 4 = “todos los días o casi todos” los días; el puntaje máximo es de 100 y el mínimo de 0 para el CPQ8-10. Por lo que indica que las respuestas para el CPQ11-14 se registran en una escala y tienen un rango de la sumatoria de las respuestas de 0 a 103; por lo tanto, a mayor puntaje que presente, peor calidad de vida del niño. Las respuestas se registran al igual que en el CPQ 8-10 y CPQ 11-14 en una escala de Likert que va de 0 a 4 y el CPQ11-14 se ha reformado a versiones cortas de 16 y 8 preguntas.^{12,57,61}

Según Carvalho, Arethusa de Melo Brito y cols. (2015), en un estudio observacional y transversal de 594 escolares (de 11 a 14 años) en Brasil, Teresina, en el estado de Piauí; se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario CPQ11-14 a partir de los informes de los tutores responsables de los niños, teniendo en cuenta dos dominios: el género o la edad, concluyendo que el bruxismo del sueño tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los niños, especialmente en los dominios de cambio en el bienestar social y limitaciones funcionales.⁶²

Leme MS, et al. (2013), realizó un estudio en Piracicaba, Brasil, a 328 niños (8-14 años) con el fin de evaluar la relación entre los Hábitos, función bucal y calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) mediante el (CPQ8-10) y (CPQ11-14), los hábitos orales estuvieron presentes en el 71,3% de la muestra, con mayor prevalencia en el sexo femenino, las puntuaciones indican que los hábitos orales pueden afectar a la OHRQoL; de

la misma manera cabe recalcar que las disfunciones orofaciales se asocian con peor OHRQoL en escolares con hábitos bucales.⁶³

Kavaliauskiene, et al. (2020), realizaron un estudio observacional y transversal, con un total de 600 adolescentes, en Europa, Lituania, evaluaron la relación de la caries dental y la maloclusión con la calidad de vida entre adolescentes lituanos mediante el CPQ, donde se manifestó necesidad de tratamiento de ortodoncia entre el 27,7% de los adolescentes. Los individuos con caries tuvieron puntuaciones CPQ más altas en dominios de limitaciones funcionales y bienestar social, mientras que los escolares con necesidad de ortodoncia tuvieron puntuaciones CPQ más altas en los dominios de bienestar emocional y social; es decir que tanto la caries dental como la maloclusión presentan relaciones negativas con la calidad de vida en adolescentes, sin embargo, ocurren de manera diferente en cada dominio.⁶⁴

S. Fabian et al. (2018), realizaron un estudio prospectivo, longitudinal de cohorte, con el objetivo analizar el impacto de la sobremordida horizontal y vertical en la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) de los niños; la OHRQoL promedio determinada por el CPQ fue de 10,5 puntos, por lo que tuvo un CPQ ligeramente bajo, sin embargo, los escolares con tratamiento de ortodoncia poseían una puntuación de CPQ aproximadamente 2,5 más alta que aquellos sin tratamiento, se observaron en los dominios "síntomas orales" y "limitaciones funcionales". Por lo que cabe destacar que los niños con desviaciones horizontales > 6 mm se asocian con limitaciones significativas de la OHRQoL, no obstante, las desviaciones de la sobremordida, indican, tienen poca influencia en su calidad de vida.⁶⁵

3.8.2 Escala de impacto de la salud oral en la primera infancia (ECOHIS)

El cuestionario de la Escala de Impacto en la Salud Oral Infantil (ECOHIS) fue validado y desarrollado en Estados Unidos para niños pequeños, con el fin de medir el impacto de la salud oral en relación con la calidad de vida de preescolares en edades comprendidas entre 3 a 5 años, al igual que sus familias; esta es una escala de medición que va a considerar a los padres o tutores a cargo en el tratamiento, por lo que ellos también toman decisiones y ven la percepción sobre las diferentes condiciones de salud oral del niño. Este cuestionario (ECOHIS) ha sido traducido en varios idiomas como Farsi, Mandarín, Francés, Español, Inglés, Árabe, Turco, Malasio, Portugués, Lituano; al igual que validada en diversos países, entre ellos encontramos a Venezuela, Argentina y Perú; por tanto este cuestionario permitirá analizar el impacto que tiene la salud oral en la calidad de vida en preescolares. Está compuesto por 13 elementos, 9 preguntas, que envuelven 4 dominios “síntomas bucales, autoimagen, psicológico, funcional e interacción social” y la otra sección es una Escala de Impacto Familiar, dispuesta por 4 preguntas, que cubren 2 dominios “estrés de los padres o cuidadores y función de la familia.” Dicha categoría se valora en una escala Likert de 5 puntos donde se registra la frecuencia con la que ocurre un evento durante la vida del niño: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, y 5 = no lo sé; al final de cada encuesta y de la estadística descriptiva para el puntaje total de las encuestas realizadas, se obtiene un puntaje final donde se registra que la puntuación más alta revela que tiene un impacto negativo o que presentan tener varios problemas en la calidad de vida en relación con la salud oral.^{60,66,67}

Carminatti M, et al. (2017), realizaron un estudio transversal de 93 niños, entre 3 y 5 años de edad, se utilizó el instrumento de calidad de vida relacionada con la salud oral ECOHIS, donde los padres contestaron el cuestionario acerca de los hábitos orales e instrumentos de calidad de vida en relación a la salud oral, por lo que se pudo indagar que la caries dental

presenta un impacto en la calidad de vida de los niños, principalmente en relación con los dominios de síntomas y limitaciones; de la misma manera la muestra total de los 80 (86%) presentaba algún tipo de hábito oral, siendo la respiración bucal y el hábito de chupete los que afectaron de manera negativa la calidad de vida de los niños y sus familias.⁶⁸

Guilherme, et al. (2015), realizaron un estudio a 478 niños, en Santa María, Brasil, para evaluar la relación de la maloclusión dental con la calidad de vida en relación a la salud oral considerando los antecedentes socioeconómicos y los factores clínicos mediante el instrumento ECOHIS, el análisis ajustado mostró que los niños con mordida abierta anterior y cavidad de caries tenía un resultado negativo, e impacto en OHRQoL.⁶⁹

Correa P, et al. (2016), en un estudio transversal, en Diamantina, Brasil, evaluaron a 646 niños de 2 a 6 años con el objetivo de analizar el impacto de la caries dental, maloclusión y defectos de desarrollo de esmalte (DDE) sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal mediante el instrumento (B-ECOHIS), la maloclusión y DDE no originaron un impacto negativo en la calidad de vida de los niños, mientras que la caries dental tenía más probabilidades de poseer un impacto negativo en la calidad vida en el total del ECOHIS.⁷⁰

3.8.3 Child- Oral index in Daily Performances (Child-OIDP)

Diseñado en el año 2004, con el fin de determinar cómo los problemas bucodentales perjudican de manera significativa la vida diaria de los niños, donde se evalúa 8 áreas como son: comer, dormir, hablar, sonreír, estudiar, higiene bucal, emocional y contacto social, en este instrumento el niño indica si las condiciones bucales como “caries” afecta o no a estos cometidos, que se van a medir según su severidad de acuerdo con la escala de Likert con diferentes valores como : de poco, regular y mucho, de la misma manera se valora la frecuencia en una escala del 1 - 3, comenzando con 1 si la dificultad de desempeño se

presenta una o dos veces al mes, 2 si la dificultad de desempeño se presenta tres o más veces al mes y 3 si la dificultad de desempeño se presenta más de tres veces en los últimos 3 meses. El impacto se obtiene mediante el número máximo de desempeños impactados por escolar en un rango de 0 “ningún desempeño diario impactado” a 8 “todos los desempeños diarios impactados”.^{71,72}

Crespo C y cols. (2017), en un estudio descriptivo, transversal evaluó a 170 escolares para determinar el impacto de maloclusiones en relación a la calidad de vida, mediante el instrumento Child-OIDP; en cuanto a los resultados la condición más prevalente fue la posición dental (63,5%) y dientes separados (40,5%) y sus desempeños más afectados fue el comer (65,3%) y el sonreír (51,8%), en dependencia a la necesidad del tratamiento ortodóntico según su estética; presentando una significancia estadística y afectando su calidad de vida.²²

Ravaghi V, et al. (2019), realizaron un estudio transversal en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte, de 4.217 niños de 12 y 15 años, con el fin de determinar si existe asociación entre maloclusión y OHRQoL entre los niños, y examinar si esta asociación variaba según el nivel socioeconómico, mediante instrumentos (INTO) e (Child-OIDP), de acuerdo a los resultados, mencionan que si existe un alto impacto en la salud bucal en los jóvenes de 15 años con maloclusiones, y además hay evidencia de relación según el nivel socioeconómico, maloclusión y OHRQoL.⁷³

Duarte L, et al. (2017), evaluaron la correlación entre el (CPQ8-10) y (Child-OIDP) según sus puntuaciones totales, así como la validez de estas herramientas en relación a la caries dental y la maloclusión; se realizó mediante una muestra de 300 niños (8 y 10 años), donde se demostró que el CPQ8-10 y child-OIDP si tiene significancia estadística y moderada entre sus puntuaciones totales; con respecto a la validez, CPQ8-10 demostró una

asociación significativa entre la actividad diaria "estado emocional" y caries dental, y entre el "Comer", "dormir" y "estudiar" las actividades diarias y la maloclusión y en cuanto al Child-OIDP, solo se encontró una diferencia significativa entre "contacto social" y la presencia de caries dental; sin embargo el CPQ8-10 y el CHILD-OIDP demostraron que tienen una capacidad diferente para evaluar el impacto en la OHRQoL entre los escolares.⁷⁴

3.8.4 Child Oral Health Impact Profile (HRQoL)

Es un cuestionario francés "COHIP", que fue especialmente diseñado para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral OHRQoL en niños de 8 - 15 años, está compuesto por 45 ítems de diferentes dominios como: primero "Salud oral" que consta de 10 preguntas escritas negativamente que evalúan síntomas orales específicos como (Dolor, manchas en los dientes). El segundo "Bienestar funcional": que consta de 8 preguntas evalúan las tareas o actividades cotidianas específicas del niño como (hablar claramente y masticar). El tercero "Bienestar social y emocional": que consta de 13 elementos negativos sobre los estados de ánimo. El cuarto es "Entorno escolar" con 4 elementos negativos que valoran las tareas relacionadas con el entorno escolar. Quinto "Autoimagen": consta de 8 preguntas que abarca la experiencia como, "confianza, emoción de atractivo y sentimientos". Por último, el sexto "expectativas de tratamiento": consta de 2 preguntas; las respuestas se anotaron en una escala que va de 0 "casi todo el tiempo" a 4 "nunca" con una puntuación más alta que indica una OHRQoL satisfactoria. Se invierten las puntuaciones positivas para el cálculo global. Además, para estos ítems con relación a los sentimientos personales, las respuestas contienen 0 = "totalmente en desacuerdo"; 1 = "algo en desacuerdo"; 2 = "no estoy de acuerdo o en desacuerdo"; 3 = "algo de acuerdo"; y 4 = "totalmente de acuerdo" con una puntuación baja que indica una percepción de salud oral más pobre.^{75,76}

Kragt, L. et al. (2016), realizaron un estudio prospectivo con 243 niños que fueron tratados con ortodoncia, en Países Bajos, se recopilaron datos sobre OHRQOL manejando la Versión de 38 ítems del Perfil de Impacto de Salud Oral Infantil (COHIP-38) y 11 componentes del COHIP-38 se seleccionaron para la versión corta del cuestionario (COHIP-ortho), donde se evaluaron las propiedades psicométricas de ambos cuestionarios para comparar sus actualizaciones, por lo que se pudo concluir que el COHIP-ortho es tan válido como el COHIP-38 para la evaluación OHRQOL en los escolares y a su vez se puede mencionar que presentó una respuesta baja para los niños del estudio, existiendo una percepción de salud pobre, una reducción de costos y por lo tanto menos tiempo para la administración, por lo que el instrumento COHIP-ortho facilita la investigación de OHRQOL en ortodoncia.⁷⁷

De Llano P. et al. (2020), realizaron un estudio epidemiológico cuantitativo y transversal en Lima, Perú a 1062 escolares con el objetivo de evaluar la prevalencia de caries y maloclusión en áreas urbanas/ rurales y compararlas con la percepción de salud bucal de escolares, mediante COHIP-SF 19; en cuanto a los resultados la prevalencia de caries fue la más alta en Cuzco (97, 65%) y la severidad de maloclusión fue el más bajo del Titicaca, de la misma manera hubo una relación negativa entre maloclusión, caries y COHIP-SF 19, sin ninguna evidencia entre las regiones, es decir que mientras mayor es la prevalencia de caries y más grave es la maloclusión, peor es la percepción de la salud bucal.⁷⁸

Choi et al. (2019), realizaron un estudio transversal en 2.010 niños de (8, 10, 12 y 15 años) de Gyeonggi, Corea; con el objetivo de evaluar las asociaciones entre la necesidad de tratamiento de ortodoncia y calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL), mediante el índice (IOTN) y (COHIP); en cuanto a los resultados el dominio de la salud física de COHIP, dientes torcidos, decoloración, "La comida se pega" y la "dificultad para

mantener los dientes limpios" se asociaron significativamente con los niveles de IOTN ($P < 0.05$), mientras que el dolor, la sensibilidad y el sangrado, el mal aliento, la respiración bucal y la boca seca no lo fueron; por lo tanto las puntuaciones de las 5 subescalas y la puntuación total de COHIP fue significativamente asociado con los niveles de IOTN después del ajuste por género, edad, nivel socioeconómico y estado de caries, sin embargo sugiere una investigación profunda a nivel de ítem de la OHRQoL en escalas de evaluación para determinar mejor el impacto de la maloclusión que podría aliviarse con la ortodoncia.⁷⁹

3.8.5 Scale of Oral Health Outcomes for 5-years- old children (SOHO-5)

Es un instrumento que fue creado en el Reino Unido por Tsakos et al. en el año 2012, también fue validado y adaptado en diferentes países, entre ellos encontramos a: Brasil, República Dominicana y Ecuador, diseñada específicamente para medir la calidad de vida de los niños en relación a su salud oral, en individuos solamente de 5 años de edad, este instrumento se encuentra compuesto por 2 versiones: la primera fue creada para los niños y se encuentra compuesta por 7 preguntas, donde valoran varios mandos como: la dificultad para hablar, beber, comer, jugar, dormir, sonreír por dolor y sonreír por la apariencia; sus respuestas se van a registrar en una escala de Likert en varios valores que van desde "0=nunca, 1=poco, 2=mucho"; su puntaje final va de 0 a 14, revelando que mientras mayor sea el valor, mayor será el impacto negativo en la calidad de vida de los infantes. En cuanto a la versión de los padres, este se encuentra compuesta por 7 preguntas que valoran aspectos o problemas que presenta su hijo para hablar, beber, comer, jugar, sonreír por dolor, sonreír por la apariencia y la autoconfianza de su hijo; la escala de impacto familiar está estructurado por 14 preguntas, donde describen el examen parental que practican sobre sus hijos; sus respuestas se anotaran en una escala de tipo Likert donde: "no en absoluto=0; un poco=1; moderado=2; mucho=3; muchísimo=4; No sé= 5; las contestaciones (No sé) se reconocieron como perdidas; obteniendo un puntaje final entre 0

- 28 que al igual que la anterior versión de niños la puntuación mayor muestra una mala calidad de vida.^{15, 80}

Gómes, M. C, et al. (2017), en Brasil, efectuaron un estudio transversal con una muestra probabilística en escuelas públicas y privadas con 769 niños de 5 años y sus padres/tutores, se dispuso un cuestionario que englobaba características sociodemográficas, así también como la Escala de Resultados de Salud Oral para Niños de Cinco Años (SOHO-5), la variable dependiente fue la autoconfianza y se estableció mediante el instrumento SOHO-5, y en cuanto a la caries dental, la maloclusión y la lesión dental traumática fueron registradas durante el examen clínico; en los resultados el 91.3% de los niños tenía caries dental, el 57.7% presentaba maloclusión, el 52.8% lesión dental traumática y el 26.9% poseía bruxismo; otorgando un alto impacto negativo en la autoconfianza de los niños en edad preescolar debido a problemas orales.⁸¹

Perazzo MF, et al. (2017), se realizó un estudio transversal a 769 parejas de padres / cuidadores de niños de 5 años en Campina Grande, Brasil, con el objetivo de evaluar la asociación entre los problemas de salud bucal y la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) mediante la Escala (SOHO-5) y en cuanto a la regresión logística, se encontró que las variables que estaban asociadas con una peor calidad de vida en la salud fue: el dolor de muelas (OR = 6,77; IC 95%: 3,95-11,59); la caries dental no tratada (OR = 2,69; IC del 95%: 1,27-5,70); y la mordida abierta anterior (OR = 2,01; IC del 95%: 1,13–3,56); llegando a la conclusión de que los niños con caries dental tuvieron una peor calidad de vida y de la misma manera haber experimentado una lesión dental traumática y tener una maloclusión también se asociaron con una OHRQoL más pobre.⁸²

Granville A, et all. (2016), se realizó un estudio transversal a 84 parejas de niños de 5 años y a sus padres / tutores, en Brasil, con el objetivo de evaluar la influencia de los padres en

las respuestas de los niños a un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL), mediante la escala (SOHO-5), en cuanto a los resultados la mancha blanca y las lesiones cavitadas tuvieron un impacto en la OHRQoL, según el autoinforme de los niños, mientras que las lesiones cavitadas y mordida abierta anterior permanecieron en el modelo final, según la versión de los padres, es decir que los padres no influyen en las respuestas de los niños, y la caries dental es el problema de salud que ejerce con mayor impacto en la OHRQoL de los niños.⁸³

Oral Health Impact Profile (OHIP)

Este instrumento fue elaborado por Slade y Spencer, en Australia, en el año 1994, con el fin de valorar la dificultad, incomodidad y discapacidad para desempeñar determinadas funciones y a su vez evaluar las actividades diarias relacionada a trastornos bucales, en la versión original (OHIP-49) está conformada por 49 ítems, donde fue desarrollado basándose en una guía teórica de la OMS, luego este modelo fue adecuado por Locker a una versión de 14 ítems (OHIP-14), dicho instrumento fue validado en distintos países como Estados Unidos, China, Japón, Francia, Canadá, Alemania, entre otros y también fue traducido a varios idiomas, entre ellos encontramos: español, inglés, chino, japonés, coreano, francés, portugués, alemán y malayo; este cuestionario se encuentra formado por 7 dominios conceptuales como: limitación funcional, dolor físico, problemas psicológicos, discapacidad social, discapacidad psicológica, discapacidad física y minusvalía; dicha versión presentan categorías que van desde: 0= nunca, 1= casi nunca, 2= ocasionalmente, 3= frecuentemente, 4 = muy frecuentemente; para la obtención de este puntaje se realiza la suma de dichos valores, si se logra obtener 0 puntos es el puntaje mínimo y al conseguir 56 puntos es el puntaje máximo de cada individuo, por lo tanto, se traduce que todos los puntajes bajos muestran una buena auto percepción de calidad de vida y si presentan altos

puntajes se traduce a una mala calidad de vida auto percibida, de la misma forma también se puede hablar como una auto percepción positiva y otra negativa; por otro lado es imperativo mencionar que si bien este instrumento no es específico para niños se puede utilizar en adolescentes, evaluando su salud oral en relación a su calidad de vida.^{84,85,86,87}

H Dallé, et al. (2019), realizaron un estudio transversal con 332 adolescentes de 11 a 14 años, matriculados en escuelas públicas de Brasil, donde se clasificó el perfil facial mediante fotografías, y la maloclusión dental mediante el Componente de salud dental del índice de necesidad de tratamiento de ortodoncia, de la misma manera las variables psicosociales se evaluaron por el Componente Estético de IOTN y la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) se midió utilizando el Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14), en donde se obtuvo como resultados que las variables psicosociales como la estética y bajo autoestima fueron mucho más propensos en afectar OHRQoL, mientras que los aspectos dentales de la maloclusión no estaban relacionados con OHRQoL.⁸⁸

Sun L, et al. (2018), en una muestra en Hong Kong, de 300 adolescentes, con el objetivo de analizar los factores socio-demográficos y clínicos que pueden influir en la CVRS de jóvenes, obtuvo como resultados que los ingresos del hogar afectaron a la OHRQoL más que la educación de los padres: los ingresos del hogar tuvieron efectos sobre el dolor físico, el malestar psicológico, la discapacidad psicológica y en el OHIP total, es decir que los factores eco-sociales familiares, fue el ingreso familiar que tuvo mayor efecto en la OHRQoL, al igual que la maloclusión tuvo un efecto sobre la OHRQoL y a su vez la maloclusión afectó principalmente a las subescalas de malestar psicológico y discapacidad psicológica.⁸⁹

Obilade OA, et al. (2016), en un estudio transversal de 120 pacientes entre 10 y 20 años, con el objetivo de determinar el impacto de tres rasgos de maloclusión en la calidad de vida de los pacientes mediante el (OHIP-14), obtuvieron como resultados que cada uno de los rasgos de maloclusión afectaba significativamente la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL), ya que el 32% de los que tenían maloclusión tuvo un impacto en su calidad de vida en comparación con el 3% de los del grupo de control; por lo tanto la OHQoL fue más pobre en pacientes con maloclusión y los pacientes con mayor resalte registraron un mayor nivel de impacto en su calidad de vida.⁹⁰

RESULTADOS

Durante la recolección de artículos se encontraron 231 referencias bibliográficas de las cuales se excluyeron 104 por no encontrarse relacionados con los objetivos de la investigación y por no concordar con los criterios de inclusión. (fig. 14).

Posterior a esto se seleccionó varios artículos científicos referentes al tema de estudio y otras para completar información necesaria y solicitada por los criterios propuestos en la investigación para el análisis completo de todo el texto, eligiendo a su vez 127 referencias científicas aptas para su estudio, entre ellos 52 documentos son de hábitos orales deformantes, eliminando 17 a causa de que algunos estaban duplicados y otros fuera del año de selección. De la misma manera 39 son artículos de calidad de vida relacionada con la salud bucal, entre estos se eliminaron 11 por no cumplir con los criterios propuestos. A su vez de los documentos aptos para este análisis 32 son de hábitos bucales relacionados con la calidad de vida de los niños de estos se descartó solamente 8 artículos por la misma razón ya propuesta y 4 documentos acerca de la salud bucal en la cual se obtuvo todos los documentos, puesto que no se encontró información suficiente relacionada específicamente a este tema; quedando únicamente 91 artículos para el estudio, de los cuales 68 estudios tenían un diseño de corte transversal, once fueron revisiones sistemáticas, siete de casos y controles, 5 cuasi-experimentales y tres reportes de casos.

Proceso para la elección e identificación de artículos científicos

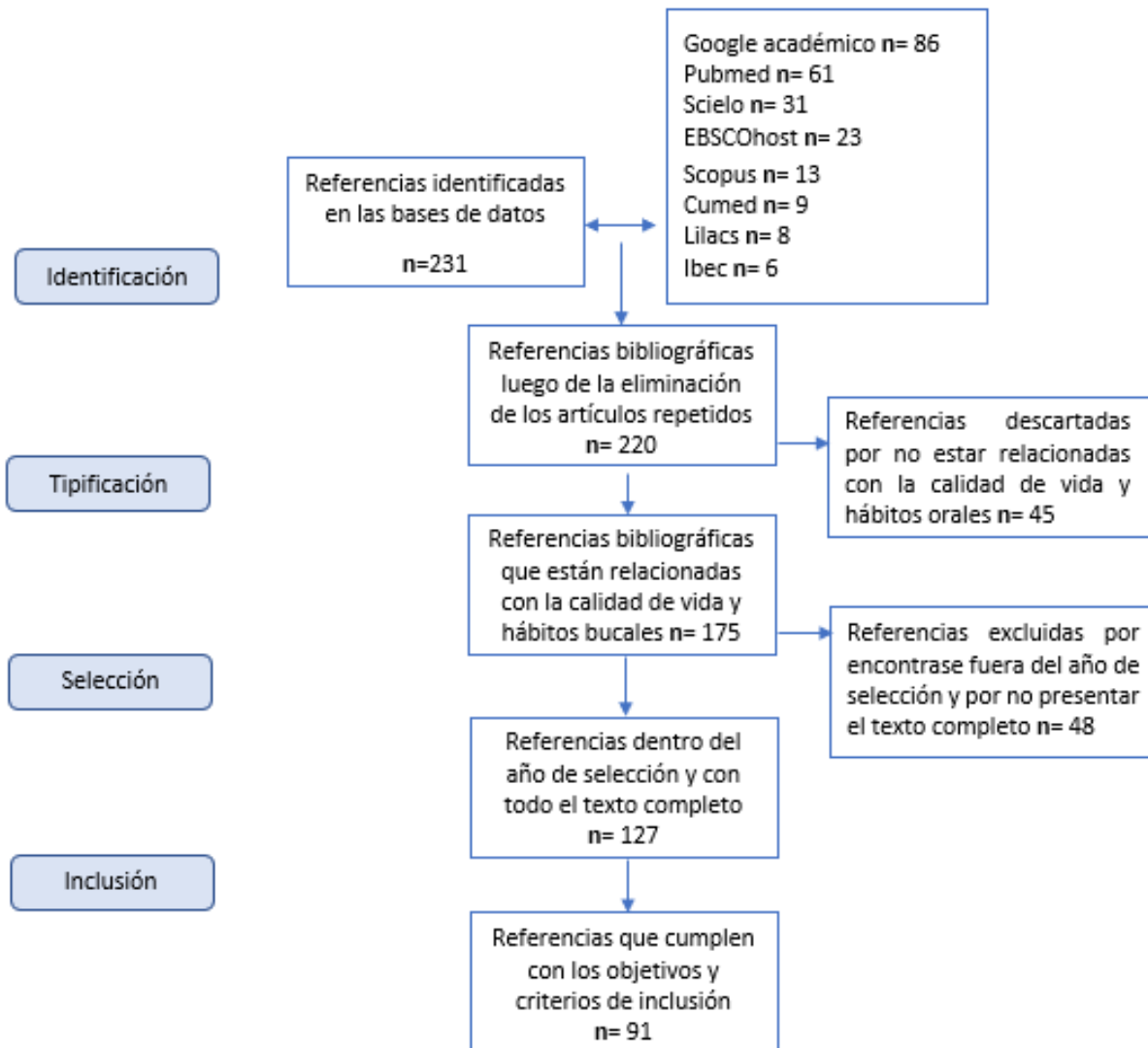


Figura 14: Flujograma. Proceso para la elección e identificación de artículos científicos
Fuente: Elaboración propia

Análisis de resultados

En el presente estudio bibliográfico, se realizó un análisis acerca de cómo influyen los hábitos bucales en la calidad de vida de los niños y se analizó cada uno de ellos como: la succión digital, la respiración bucal, onicofagia, queilofagia, deglución atípica y bruxismo donde se observó que dichas patologías son una de las principales causas de maloclusión dentaria y según Arias A, et al. (2018) cita en el presente estudio que se encuentran íntimamente relacionadas con problemas psicológicos afectando considerablemente su calidad de vida y a su vez el sistema estomatognático, también dio a conocer su importancia y relación que tienen estos hábitos con la edad, la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico y cultural. De la misma forma, varios estudios como Pacheco P, et al (2019) y Arias G , et al, (2019) mencionan que los hábitos orales deformantes presentan un mecanismo psicossomático que suministra un extenso listado con diferentes emociones en los niños ya sea el estrés, frustraciones, ansiedad, hiperactividad, nerviosismo, proporcionando problemas en el lenguaje y complicaciones respiratorias que también producen problemas en el aprendizaje y en el desarrollo físico y emocional del niño dando una escasa oxigenación contribuyendo a que el individuo presente una falta de atención en clases por mucho tiempo y a su vez otorgando un aspecto facial distraído, conllevando a tener una pésima calidad de vida a causa de dichos hábitos que se presentan con gran intensidad en nuestro medio y diario vivir; corroborando el análisis de cada artículo científico. (tabla 1)

Con relación a las características de este tema existen varios instrumentos que pueden medir la calidad de vida en relación con la salud oral de los niños o también determinar el grado de gravedad o influencia de los hábitos bucales y la calidad de vida entre ellos podemos encontrar a Child Perceptions Questionnaire (CPQ) , para niños de 8-10 (CPQ 8-10) y 11-14 años (CPQ11-14); o Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP(11-14)); Child Oral Health Impact Profile (HRQoL), para niños de 8-14 años, y el Early

Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), entre otros; lo cual se pudo analizar la validación, así también como su relación con hábitos bucales. (tabla 2)

Tabla 1: Principales aspectos metodológicos de cada estudio relacionado a la calidad de vida y hábitos bucales deformantes

Autor	Año	Tipo de estudio	Criterio
Arias A, et al.	2018	Descriptivo, Transversal	En San Luis Potosí y En Medellín, Colombia el hábito deformante con mayor frecuencia en la primera ciudad fue la onicofagia en 26,1% de los niños y en Medellín quedando en segundo lugar la respiración bucal con 18.6% teniendo ambas una influencia directa con la calidad de vida de los niños afectando a su vez a todo el sistema estomatognático
Rosales Y, et al.	2019	De corte transversal	En una escuela de Oaxaca, México (306) niños de nivel socioeconómico medio- bajo presentan una alta prevalencia de malos hábitos bucales, siendo el más frecuente la mordedura labial con 39.89% quedando en segundo lugar la onicofagia con 21.83%.
Brancher L, et al.	2020	Transversal	En Brasil, se realizó un estudio a 556 niños de 8 años con el fin de evaluar las características psicológicas y la salud bucal en Niños con bruxismo, la prevalencia de bruxismo del sueño fue del 30,83% teniendo una significancia estadística de este hábito con problemas emocionales, es decir que la psicología o ciertos problemas emocionales pueden influir en la comprensión del bruxismo.
Arocha A, et al	2016	Descriptivo, transversal	En una escuela Primaria “Nguyen Van Troi” de Santiago de Cuba, realizaron un estudio a 150 niños, donde se identificó al hábito bucal más frecuente uso del biberón con un 41,1 %, debido a un conocimiento escaso de algunos padres acerca de la nocividad de este hábito, otorgando trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.
Rodríguez N, y cols.	2017	Prospectivo, longitudinal y Descriptivo	En Cuba Pinar del Río se estimó que el grupo de edad más afectado fue de 4 a 5 años, donde el más frecuente fue el hábito de succión digital y la relación entre la influencia familiar y los resultados del tratamiento de auriculoterapia para estos hábitos es de un 90 % que tenían influencia familiar positiva, otorgando un método efectivo para la eliminación de los hábitos bucales.
Méndez Y, et al.	2017	Transversal	En el presente estudio se escogieron 180 niños de edades entre 8 y 11 años, donde se identificó como el hábito deformante predominando a la lengua protráctil con (39,2%) y a su vez tuvo

			una íntima relación con el mal funcionamiento familiar y la no lactancia materna alterando su calidad de vida.
Mesa N, et al.	2017	Descriptivo, de corte transversal	Se realizó un estudio (n 132) en grupos de edades de 0-4 y 5-11 años, el hábito bucal deformante más frecuente resultó ser el chupeteo de tete y biberón (69,69%), seguido del empuje lingual (62,87%) provocando alteraciones en el desarrollo facial interfiriendo su crecimiento normal y afectando su calidad de vida.
Lee Y, et al.	2015	investigación-acción	Se realizó un estudio en un Centro Escolar "Cr. Silverio Guerra Téllez del Municipio Manuel Tames, afectando con mayor frecuencia a niños de 9-10 años de edad, teniendo en cuenta que el hábito de protracción lingual fue el que más predominó con un 39.5 %, seguido de la succión digital con un 25.5 %.

Fuente: elaboración propia

Tabla 2: Aspectos metodológicos de cada estudio relacionado a la validación del instrumento de calidad de vida relacionada a la salud bucal y a los hábitos bucales.

Autor	Año	Tipo de estudio	Nº de ítems	Dimensiones O dominios	Escala	Instrumento	Argumento o criterio
Carvalho A, et al	2015	Observacional y transversal	16	1. Síntomas orales 2. Limitaciones funcionales 3. Bienestar emocional 4. Bienestar social	Liker 0 = Nunca una / dos veces; 1= veces; 2= a veces 3=frecuentemente 4=todos los días / casi todos los días.	CPQ11-14	Se realizó un estudio a 594 escolares y se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario CPQ11-14, hubo significancia estadística entre el bruxismo del sueño y el puntaje total en el CPQ11-14 ($p < 0.001$), es decir, el bruxismo del sueño tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los niños.
Gomes M, et al.	2018	Transversal	7	1.Síntomas orales. 2.Limitaciones funcionales. 3.Bienestar emocional. 4.Bienestar social.	Liker (2) 0=nunca 1=poco 2=mucho	Scale of oral health-related quality of life (SOHO-5)	Se realizó un estudio a 764 pares de los niños cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre factores psicológicos, condiciones sociodemográficas, hábitos orales y mordida abierta anterior en niños de 5 años. Se observó que la prevalencia de mordida abierta anterior fue del 15,2% y a su vez tuvo una íntima asociación con OHRQoL según los informes de los niños.
Crespo C, et al.	2017	Descriptivo, transversal	8	1.Sintomas bucodentales 2.Bienestar emocional. 3.Bienestar social.	Liker (1- 3) 1= poco 2 = regular 3= mucho	Child-OIDP	En Azogues se realizó un estudio a 170 escolares de 11 y 12 años, donde se evaluó el impacto de las condiciones orales atribuidas a maloclusiones sobre la calidad de vida a través del CS Child-OIDP donde se determinó que si existe una significancia estadística y afecta de manera considerable su calidad de vida.

Reinoso N, et al.	2017	Analítico de corte transversal	17	1.Sintomas bucodentales 2.Bienestar emocional.	Liker (1- 3) 1= poco 2 = regular 3= mucho	Child-OIDP (11-14)	En un estudio se evaluó a 359 escolares entre 11 y 12 años de edad, donde el 98,9% de escolares tenían un alto nivel de impacto en su calidad de vida.
Ingunza J , et al .	2015	Transversal	17	1.Sintomas bucodentales 2.Bienestar emocional. 3.Bienestar social.	Liker (1- 3) 1= poco 2 = regular 3= mucho	Índice Child-OIDP	En Perú, lima se realizó un estudio a en 132 escolares para evaluar impactos de 17 Condiciones orales sobre 8 Desempeños diarios, se pudo observar que los impactos de las Condiciones orales afectan la calidad de vida de los todos escolares.
González E, et al.	2018	Observacional de encuesta	13	1.síntomas orales 2.limitaciones funcionales 3.aspectos psicológicos 4. autoimagen/ interacción social	Likert (5) 0 = nunca, 1=casi nunca 2=ocasionalmente 3= a menudo, 4=muy a menudo 5 = no lo sé	ECOHis	Se aplicó una encuesta a 100 padres de preescolares de entre 3 y 5 años, donde se observó el impacto en la calidad de vida de la familia; por lo tanto se determinó que el instrumento es una herramienta válida para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral
H Dallé, et al	2019	Transversal	6	1.Sintomas bucodentales 2.Bienestar emocional. 3.Bienestar social. 4.Impacto subjetivo estético oral	Likert (5) 4 = siempre, 3 = con frecuencia 2 = a veces, 1= raramente 0 = nunca	Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14)	En el presente estudio se obtuvo una muestra de 332 adolescentes de 11 a 14 años, donde se evaluaron las variables psicosociales por medio del Componente Estético de IOTN y OHRQoL se midió utilizando (OHIP-14), en donde las variables psicosociales como la estética y el bajo autoestima fueron mucho más propensas en afectar OHRQoL, mientras que la maloclusión no estaba relacionada con OHRQoL

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Una información mayormente actualizada acerca de como influyen los hábitos bucales deformantes en la calidad de vida de los niños y sobre diferentes instrumentos utilizados para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral, se analizaron, evidenciando en diversos documentos que los hábitos perniciosos, tienen una alta relación e influencia con la calidad de vida, sin contar con los daños innumerables que pueden producir en todo el sistema estomatognático.

La incidencia de hábitos bucales ha sido reportada por diferentes autores como una patología usualmente persistente que se presenta desde la niñez hasta la adolescencia, no se pudo evaluar en mayor medida la frecuencia específica de los hábitos bucales, ya que la prevalencia de cada patología mencionada se presenta indistintamente en cada país o ciudad, sin embargo a nivel mundial varios autores reportan una íntima relación entre los hábitos orales y la calidad de vida de los niños.

En un análisis e identificación de diversos artículos en donde se evalúan factores psicológicos y diferentes problemas emocionales, así también como el nivel socioeconómico y otros aspectos que involucran la calidad de vida de un individuo, se hace notable la falta de conocimiento que existe en la sociedad o específicamente la escasa comprensión que presentan los padres, cuidadores y maestros a esta notable y común patología que pueden provocar daños irreversibles en el futuro del niño afectando su calidad de vida; se han reportado varias afecciones que pueden provocar dichos hábitos deformantes si no son tomados en cuenta a tiempo, impidiendo un desarrollo normal cráneo facial del niño; llevando a presentar una apariencia no deseada por el niño, afectando su estética dental y facial, de la misma manera se puede establecer una obstrucción del flujo aéreo respiratorio como es el caso de los respiradores orales, también trastornos en el

lenguaje, la masticación y la deglución. Las consecuencias a manera de consenso suelen ser aspectos psicosociales del niño a través de un aspecto tímido, retraído o agresivo, y sin contar con el daño físico, emocional y psicológico que puede acarrear si no se trata a tiempo.

En referencia justamente a los hábitos bucales nocivos, Lee Y, y cols. (2015) mencionan un alto índice de hábitos bucales siendo el más prevalente la protracción lingual con un 39.5 %, y la edad más afectada de 9 a 10, concluyendo que al realizarles una evaluación después de haber recibido una intervención educativa acerca del tema, el nivel de conocimiento acerca de los hábitos orales es muy buena, logrando una prevención en la patología.⁶ De la misma manera Mendez Y y cols.(2017) coinciden con el estudio de Lee en la prevalencia de hábitos, donde analizan la protracción lingual con un 39.5 %, siendo la edad más afectada de 10 años; en este estudio también se identificaron factores de riesgo relacionados a los hábitos orales, el mal funcionamiento familiar y la falta de experiencia respecto de la lactancia materna, ya que los hábitos bucales deformantes disminuyen cuando es mayor el tiempo de lactancia materna prescindiendo de esta manera del uso de chupones y biberones.^{6,9}

De otro lado Arocha A, et al (2016) considera al hábito más prevalente el uso del biberón con un (41,1 %) en escolares de 6 a 7 años de edad, proponiendo que si los hábitos bucales no se tratan a tiempo pueden producir alteraciones en el desarrollo normal del sistema cráneo facial, formando a su vez anomalías morfológicas y funcionales, provocando disturbios en la formación física y emocional del niño, con ello concuerdan, Mesa N y cols. (2017) afirmando que con mayor frecuencia el hábito de chupeteo de tete y biberón (69,69%), son los más frecuentes, seguido del empuje lingual (62,87%), siendo el grupo de edad más vulnerable de 5-11 años, donde cierta patología origina una gran cifra de

alteraciones de la oclusión, predominando la distoclusión molar y alterando el desarrollo cráneo-facial, además de varios trastornos de las articulaciones temporo-mandibulares.^{26,28} Dentro de este contexto Rodríguez y cols.(2017), consideró a la succión digital (71.9%) como el más frecuente y en cuanto al grupo de edad más afectado fue de 4 a 5 años, por lo tanto propusieron que la influencia familiar no establece un factor indispensable, pero sí relevante en el resultado final del tratamiento, ya que puede verse involucrada la calidad de vida del niño; de igual modo el arte de la auriculoterapia es un método positivo en la reversión de los hábitos orales deformantes.⁷ Para Arias et al. (2018), la onicofagia fue el hábito mas prevalente (26,1%) seguido de la respiración bucal (18,6%), sin embargo la deglución atípica y la mordida abierta están directamente relacionadas y son las primeras causas de maloclusión en los niños afectando de esta manera su estética facial y a su vez su calidad de vida.²⁴ Rosales et al. (2019), consideró al hábito más prevalente a la mordedura labial (39.89%), seguido de la onicofagia (21,83) y que a su vez dichos hábitos se encuentran profundamente enlazados con el nivel socio-económico de estrato bajo.⁹¹ En cuanto a estudios relacionados con la calidad de vida y salud oral y a su vez con los hábitos bucales, los estudios aun son limitados, y se puso énfasis en la búsqueda bibliográfica de información acerca de la calidad de vida en relación con la salud oral general de los niños y adolescentes; considerando por ejemplo el trabajo investigativo de Gómez y cols. (2018), quien argumentó que los hábitos bucales como la succión digital y el uso de chupetes tienen un gran impacto en la calidad de vida de los niños; de la misma manera informa que la mordida abierta anterior es una de las causas más frecuente en el desarrollo de la maloclusión y se encuentra como se ha manifestado reiteradamente, relacionada con la presencia de los hábitos bucales y otros factores, también se han visto relacionados con los factores socioeconomicos y de la misma forma implicados con factores sociales, adoptando comportamientos que comprometen el desarrollo de los niños.¹⁵

La investigación de Crespo y cols (2017) se enfocó específicamente en el impacto de las maloclusiones sobre la calidad de vida mediante el instrumento Child-OIDP, donde se obtuvo que la situación más relevante fue la posición de las piezas dentales y en cuanto a los desempeños más afectados fueron el comer y el sonreír asociado a la necesidad del tratamiento ortodóntico, observando un gran impacto que ejercen las maloclusiones en los niños, requiriendo en la necesidad de dar soluciones a través de los especialistas para así mejorar su calidad de vida.²² En esa misma línea el estudio de Reinoso et al.(2017), determinó que el problema más relevante que inquieta la salud oral son los dientes cariados y en cuanto a los desempeños diarios más afectados por las condiciones orales en los niños fue el buen estado de ánimo y a su vez perturbando el rendimiento escolar en los niños; por lo que se determinó un fuerte impacto en la calidad de vida y salud oral, por medio del instrumento Child-OIDP(11-14). El estudio de Ingunza et al. menciona que el impacto de mayor afección en la calidad de vida de los niños fue dolor de muela en el desempeño comer, estableciéndose nuevamente una relación entre la salud oral y la calidad de vida.^{2,35}

Se identificaron varios instrumentos de cada artículo analizado, en lo que se pudo revisar sus características más relevantes como es el número de ítems, las dimensiones o dominios y la escala que se utilizó para su estudio con el fin de observar ciertas actualizaciones o diferencias de cada uno de ellos, por lo que se pudo identificar que entre ellos presentan una similitud de los ítems que componen el instrumento y la mayoría de los documentos presentan una gran analogía entre los dominios, ya que la gran parte de profesionales se centran en la valoración y evaluación entre el sistema de salud y los aspectos psicológicos y emocionales del niño, dándoles mucha importancia a su calidad de vida y como afecta esto en su entorno general en el que viven; siendo así una gran ayuda porque todos los

instrumentos son válidos para la evaluación de la calidad de vida de los niños, dando como resultado que si existe un gran impacto entre la salud oral y la calidad de vida.⁶⁰

CONCLUSIÓN

En el presente estudio se puede concluir que los hábitos bucales deformantes presentan una gran influencia en la calidad de vida de los niños, viendo afectado su bienestar tanto físico, mental como social, de la misma manera se ha comprobado que dichos hábitos tienen una extensa relación con las emociones, reflejándose en los diferentes instrumentos que miden la salud oral en relación a la calidad de vida.

En cuanto a las características generales de los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en relación a los hábitos bucales se puede concluir que hay un escaso interés entre los profesionales de la salud acerca de como influyen en la calidad de vida de los niños, observando que existe una cierta semejanza entre los ítems y dominios que componen los instrumentos, presentando también una escala de liker en todos los documentos.

Es necesario realizar mas investigaciones a nivel país, con el fin de cambiar las escalas modificándolas según la necesidad requerida, para así realizar un adecuado análisis entre la calidad de vida y la salud oral; también se puede mencionar que todos los instrumentos utilizados en los estudios revisados son efectivos para una correcta evaluación entre la calidad de vida y la salud oral, presentando como resultado de este análisis un efecto negativo entre ellos.

Es necesario tomar gran importancia en este tema para brindar capacitaciones o programas educativos, no solo a los niños, si no también a sus padres/ cuidadores y maestros, ya que siempre se encuentran bajo el cuidado de ellos, siendo así un método preventivo para disminuir las maloclusiones y mejorar la calidad de vida de los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Parra S y Zambrano A. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: Revisión sistemática. *Int. J. Odontostomat.* 2018;12(2):188-193.
2. Ingunza J, Del Castillo C, Evangelista-Alva A, Sánchez-Borjas P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. *Rev Estomatol Herediana.* 2015; 25(3):194-204.
3. Reyes Romagosa D, Torres Pérez I, Quesada Oliva L, Milá Fernández M, Labrada Estrada H. Deforming oral habits in 5-11 years children. *MEDISAN.* 2014; 18(5): 606-612.
4. Mora C, Alvarez I, Blanco A, Espino Y, Morera A, Macías A. Efectividad de Intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. *Rev Nac Odontol.* 2017; 13 (25).
5. Laborde R, Valdez-Acosta I, Quintana-Giralt M, Quintana J. Programa Educativo en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital. *Acta Odont Col [En línea]* 2016; (6)1: 21-31.
6. Lee Y, Lee Y, Ballart A, Simón J, Guerrero S. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en escolares de 6 a 12 años. *Rev Inf Cient.* 2015; 93(5):1121-1131.
7. Rodríguez García N., Horta Muñoz D., Vences Reyes N. Tratamiento de hábitos deformantes bucales en niños de 4 a 13 años con auriculoterapia: Treatment of oral deforming habits in children of 4 to 13 years using auriculotherapy. *AMC [Internet].* 2017 Dic [citado 2020 Abr 20] ; 21(6): 740-752.
8. Dos Santos Barraza RA, Carminatti M, Carneiro A, de Lavra-Pinto B, Gomes E. Influencia de los hábitos orales en el perfil miofuncional orofacial de niños de tres a cinco años. *Rev. de Odontopediatría Latinoamericana.* 2020;10(1): 2174-0798.
9. Méndez Y, Peña Y, G Lagoa J, Batista T, Carracedo Z. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños. *Correo Científico Médico De Holguín.* 2017;1 (3)1560-4381.

10. Díaz-Cárdenas S., Tirado-Amador L., Tamayo-Cabeza G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* [Internet]. 2018 Ago [citado 2020 Abr 20]; 11(2): 78-83.
11. León D, Moya P, Vidal C. Intervención en salud oral para modificar la calidad de vida en mujeres vulnerables. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2019;45(3):e1628
12. León E, Delgado M, Aguilar J, Crespo C. Impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida en escolares de la escuela "San Francisco de Peleusí de Azogues". 2016. *Rev. OACTIVA UC Cuenca*. 2018. 3(2), pp. 7-14.
13. Caballero CR, Flores JF, Arenas L. Salud bucodental relacionada a la calidad de vida: revisión crítica de los instrumentos de medición. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2017; 15(2): 108-117
14. Riaño I. Calidad de vida en enfermedades endocrinológicas. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2017;8 Suppl(1):86-93.
15. Gomes M, Barbosa E, Perazzo M, Castro C, Martins S, Flávia A. Association between psychological factors, sociodemographic conditions, oral habits and anterior open bite in five-year-old children. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2018;76(8):2-3.
16. Mamani L, Mercado S, Mercado J & Ríos K. Malocclusion impacts the quality of life of Peruvian school children. A cross-sectional study. *J Oral Res* 2017; 6(9):234-23.
17. Lobón, L., Lema D., Quintero, Y. Sánchez M. Proyecto pedagógico para disminuir el consumo del biberón en la primera infancia. *Infancias*. 2018;(1), 53-66.
18. Díaz-Cárdenas S, Meisser-Vidal M, Tirado-Amador L, Fortich-Mesa N, Tapias-Torrado L, González-Martínez F. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2017 Abr [citado 2020 Abr 23]; 11(1): 5-11
19. Diaz-Reissner C, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2017 Abr [citado 2020 Abr 23]; 11(1): 31-39.
20. Herrero Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene.* [Internet]. 2016 Ago [citado 2020 Abr 24]; 10(2).
21. Rincón Cadavid Y, Perea Lemos GE, Garcés Naar DD, Correa Incel LM, Gallego Gómez CL. Estrategia educativa en salud bucal para niños y niñas con diversidad funcional a

- nivel auditivo. Rev. nac. odontol. [Internet]. 22 de abril de 2019 [citado 23 de abril de 2020];15(28).
22. Crespo C, Domínguez C, Vallejo F, Liñán C, Del Castillo C, León R, Evangelista A. Impacto de maloclusiones sobre la calidad de vida y necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de dos escuelas privadas Azogues - Ecuador, 2015. Rev. Estomatol. Herediana. 2017; 27(3): 141-152.
 23. Chamorro AF, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L, Triana FE, Valencia C. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev. CES Odont 2016; 29(2).
 24. Arias A, Espinal-Botero G, Ponce M, Posada A, Nava J, Salcedo B. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis Potosí-México y MedellínColombia, 2016. Rev Nac Odontol. 2018;13(26):1-16.
 25. Ruiz N, Díaz J, Migdalia E, Álvarez E, Vargas Y, Soberats M. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fonet Piña. Correo Científico Médico De Holguín. 2014; 18 (4): 1560-4381
 26. Mesa N, Medrano J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. Rev. Correo Científico Médico de Holguín. 2017;1(2):457-467.
 27. Reyes D, Saborit A, Paneque M, Diz-Suárez G, Morgado Y. Influencia del tipo y tiempo de lactancia materna en la aparición de los hábitos deformantes. Rev Cubana de Estomatología. 2017;54(4).
 28. Arocha AA, Aranda GMS, Pérez PY, Granados A. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MediSan. 2016;20(04):426-432.
 29. Pacheco P, Hernández A. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. ORAL 2019; 20(62): 1698-1704.
 30. Lima M, Rodríguez A, García B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Revista Cubana de Estomatología 2019;56(2):e1395

31. Priede D, Roze B, Parshutin S, Arkliņa D, Pircher J, Vaska I, et al. Association between malocclusion and orofacial myofunctional disorders of pre-school children in Latvia. *Orthod Craniofac Res.* 2020; 27: 4-18.
32. Molina Higuera G, Acuña Lopez LB, Blanco Pérez I. Relación entre hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones durante la dentición mixta de niños con trastorno déficit de atención e hiperactividad. *Cuad. Investig. Semilleros Andin.* [Internet]. 13 de noviembre de 2018 [citado 26 de abril de 2020];0(11).
33. Nieto Arana K, Mendoza Rodríguez M, Pontigo Loyola A. Prevención de hábitos no fisiológicos a través de la lactancia materna. *ICSA* [Internet]. 13 de febrero de 2017 [citado 26 de abril de 2020];5(9).
34. Carrillo M, Tello G, Navarrete N. Relation of non-nutritional sucking and malocclusion in ecuadorian children. *Rev. Odontología.* 2016; 18 (1):13-19.
35. Reinoso N, Del castillo C. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausí, Cuenca Ecuador. *Rev Estomatol Herediana.*2017;27(4).
36. Begnoni G , Cadenas de Llano-Pérula M , Dellavia C , Willems G . Cephalometric traits in children and adolescents with and without atypical swallowing: A retrospective study. *Eur J Paediatr Dent.* 2020 Mar; 21 (1): 46-52.
37. Pacheco M, Casagrande C, Teixeira L, Finck N, Araújo M. Guidelines proposal for clinical recognition of mouth breathing children. *Dental Press J. Orthod.* [Internet]. 2015 Aug [cited 2020 Apr 28] ; 20(4): 39-44.
38. Saitoh, I., Inada, E., Kaihara, Y., Nogami, Y., Murakami, D., Kubota, N., Yamasaki, Y. An exploratory study of the factors related to mouth breathing syndrome in primary school children. *Archives Of Oral Biology.* 2018; 92, 57–61.
39. C. Grippaudo, E.G. Paolantonio, G. Antonini, R. Saulle, G. La Torre, R. Deli. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. *Acta Otorhinolaryngologica Italica.* 2016; 36:386-394.
40. Antunes B, Fátima P, Aguiar S, Mesquita A. Breastfeeding duration and sings of mouth breathing in children with poor school performance. *Distúrb Comun, São Paulo,* 2019; 31(1): 69-76.

41. Winebrake JP, Grover K., Halteh P, Lipner S. Pediatric Onychophagia: A Survey-Based Study of Prevalence, Etiologies, and Co-Morbidities. *Am J Clin Dermatol*. 2018;19, 887–891.
42. Sun, D., Reziwan, K., Wang, J., Zhang, J., Cao, M., Wang, X., Liu, Y. Auricular Acupressure Improves Habit Reversal Treatment for Nail Biting. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2018; 25(1):1-7.
43. Gür, K, Erol, S, İncir, N. The effectiveness of a nail-biting prevention program among primary school students. *J Spec Pediatr Nurs*. 2018; 23:1-9.
44. Torres M, Barberán Y, Bruzón A, Jorge F, Rosales Y. Predisposing Factors for Dental Trauma in Students from Rafael Freyre Municipality. *ccm [Internet]*. 2017 Sep [citado 2020 Abr 30]; 21(3): 798-808
45. López Gallegos E, Armas A, López Ríos E, Nuñez A, Tatés Almeida K. Prevalencia De Habitos Deleterios Y Maloclusiones En Dentición Mixta En Niños De La Ciudad De Quito, Ecuador. *Kiru*. 2018; 15(3): 121 -126.
46. Santana, LG, de Campos França, E., Flores-Mir, C., Abreu, LG, Marques, LS y Martins-Junior, PA. Effects of lip bumper therapy on the mandibular arch dimensions of children and adolescents: A systematic review. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 2020; 157 (4), 454–465.
47. De Souza N, Martires S, Chalakkal P, Da Costa GC. An innovative appliance for the simultaneous treatment of premolar space loss and lip sucking habit. *Contemp Clin Dent*. 2018;9:S358-60.
48. B. A. Mota López Y N. S. Gómez González. Bruxismo en niños: a propósito de un caso. *Rev. Odontol Pediátr (Madrid)*, 2016; 24(3), pp:220-227.
49. Salgueiro MDCC, Silva T, Lara J, Ratto A, Leal M, Oliver A, et al. Effects of Photobiomodulation in Children with Down Syndrome and Possible Sleep Bruxism: Protocol For A Randomized, Controlled, Blind, Clinical Trial: Study protocol clinical trial (SPIRIT compliant). *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(17):e19904.
50. Soares Josiane Pezzini, Giacomini Angela, Cardoso Mariane, Serra-Negra Júnia Maria, Bolan Michele. Association of gender, oral habits, and poor sleep quality with possible sleep bruxism in schoolchildren. *Braz. res oral [Internet]*. 2020; 34: e019.

51. Brancher, LC, Cademartori, MG, Jansen, K., da Silva, RA, Bach, S., Reyes, A., Goettems, ML. Social, emotional, and behavioral problems and parent-reported sleep bruxism in schoolchildren. *J Am Dent Assoc.* 2020;151(5):327-333.
52. Arias Lazarte G, Ayca Castro I, Martínez Cántaro N, Condori Quispe W. Prevalencia de hábitos bucales no fisiológicos y su relación con las maloclusiones dentarias en niños de 3 a 5 años de la i.e. inicial nuestros héroes de la guerra del pacífico tacna-2016. *Rev. Revista Odontológica Basadrina.* 2019 [citado 3may2020];3(1):20-4.
53. Vinardell Almira , Pérez L, Leal M, Serrano E, Serrano E. Intervención Educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de preescolar. *EdumedHolguín2019.* 2019: 1-10.
54. Calderon C, Lavado A. Tratamiento Ortopédico Y Ortodónico De Una Maloclusión Clase Ii División 1 Por Hábito De Succión Digital. *Kiru.* 2018 Jul-set; 15(3): 134 -139
55. Verdugo L, Garcia C, Del Castillo CE. Calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares del sector urbano y rural. Cañar, Ecuador. *Rev Estomatol Herediana.* 2018;28(2):105-113.
56. Porto Puerta, Iván; Díaz Cárdenas, Shyrley. Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. *Acta Odontológica Colombiana, [S.l.],2017; 7(2), p. 49-64.*
57. Razanamihaja N, Boy-Lefèvre M, Laurence J, Tapiro L, Berdal A, Molla M, Azogui S. Parental–Caregivers Perceptions Questionnaire (P-CPQ): translation and evaluation of psychometric properties of the French version of the questionnaire. *BMC Oral Health.* 2018; 18:211.
58. Dimberg, L., Lennartsson, B., Bondemark, L. y Arnrup, K. Validity and reliability of the Swedish versions of the short-form Child Perceptions Questionnaire 11–14 and Parental Perceptions Questionnaire. *Acta Odontologica Scandinavica.*2019; 77(8): 1–6.
59. Agudelo-Suárez A, VásquezHernández A, Zapata-Villa C. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en mujeres en situación de prostitución en Medellín (Colombia) y sus factores relacionados. *Rev. CES Odont.* 2017; 30(2): 3-15.
60. Gonzalez E, Ugalde C, Valenzuela L, Guajado G. Aplicación de la escala de impacto en la salud oral en preescolares chilenos.*Rev. Clin. Periodoncia implantol. Rehabil. Oral.* 2018; 11(1):9-12.

61. Apaza-Ramos S, Torres G, Blanco D, Antezana V, Montoya J. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2015 Abr; 25(2): 87-99.
62. Carvalho A, Moura M, Nunes J, Dantas N, De Deus L. Bruxism and quality of life in schoolchildren aged 11 to 14. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(11): 3385-3393.
63. Leme M, Barbosa T, Castelo P, Gavião MB. Relationship among oral habits, orofacial function and oral health-related quality of life in children. *Rev. Braz Oral Res*. 2013; 27(3):272-8.
64. Kavaliauskiene A, Šidlauskas A, Žemaitien M, Slabšinskiene E, Apolinaras Z. Relationships of Dental Caries and Malocclusion with Oral Health-Related Quality of Life in Lithuanian Adolescents Aged 15 to 18 Years: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 4072;2-15.
65. Fabian, S., Gelbrich, B., Hiemisch, A., Kiess, W. y Hirsch, C. Impact of overbite and overjet on oral health-related quality of life of children and adolescents. *J Orofac Orthop*.2018; 79:29–38.
66. S Shaghaghian, M Bahmani, M Amin. Impact of oral hygiene on quality of life of preschool children. *Int J Dent Hygiene* 13, 2015; 192–198.
67. Zaror, C., Atala-Acevedo, C., Espinoza-Espinoza G, Muñoz P, Muñoz S, Martínez M, Ferrer M. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the early childhood oral health impact scale (ECOHIS) in Chilean population. *Health Qual Life Outcomes*. 2018; 16 (232): 1-11.
68. Carminatti Mônica, Lavra-Pinto Bárbara de, Franzon Renata, Rodrigues Jonas Almeida, Araújo Fernando Borba de, Gomes Erissandra. Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares. *Audiol., Commun. Res.* [Internet]. 2017 [cited 2020 July 16]; 22: e1801.
69. Da Rosa G, Schmit B, Piovesan C, Mendes F, Machado M, Machado T. Impact of malocclusion on oral health-related quality of life of preschool children. *RGO, Rev Gaúch Odontol, Porto Alegre*. 2015; 63(1): p. 33-40.
70. P. Correa-Faria, Paixao S, Martins S, Martins P, Vieira R, Silva L, Ramos M. Dental Caries, But Not Malocclusion Or Developmental Defects, Negatively Impacts Preschoolers' quality of life. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2016; 26: 211–219.

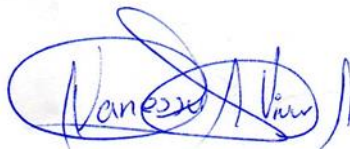
71. Gutiérrez K y Encalada L. Relación entre la caries y los principales malestares expresados por escolares de 6 años, san sebastián-cuenca 2016. *Rev. OACTIVA UC Cuenca*. 2017; 2(1): pp. 7-14.
72. Villarruel A y Tamara M. Influencia de la salud oral en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años. *Rev. Científica Dom. Cien*. 2017; 3(1): pp. 416-431.
73. Ravaghi V, R Baker S, E Benson P, Marshman Z, J Morris A. Socioeconomic Variation in the association between Malocclusion and Oral Health Related Quality of Life. *Community Dental Health*. 2019; 36, 17–21.
74. Duarte L, RAMOS J, Lopes C, Barboza P, Silva L, RAMOS M. Correlation and comparative analysis of the CPQ8-10 and child-OIDP indexes for dental caries and malocclusion. *Braz. Oral Res*. 2017;31: e111.
75. El Osta, Pichot H, Soulier D, Hennequin M, Tubert S. Validation of the child oral health impact profile (COHIP) french questionnaire among 12 years-old children in New Caledonia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015; 13:176.
76. Sierwald, I., John, MT, Sagheri, D, Neuschulz J, Schüler E, Splieth C. The German 19-item version of the Child Oral Health Impact Profile: translation and psychometric properties *Rev.Clin Oral Invest* .2016; 20(2): 301-313.
77. Kragt L, Tiemeier H, Wolvius EB, Ongkosuwito EM. Measuring oral health-related quality of life in orthodontic patients with a short version of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP). *J Public Health Dent*. 2016;76(2):105-112.
78. Cadenas de Llano-Pérula, M., Ricse, E., Fieuws, S., Willems, G., & Orellana-Valvekens, M. F. Malocclusion, Dental Caries and Oral Health-Related Quality of Life: A Comparison between Adolescent School Children in Urban and Rural Regions in Peru. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17 (6):1-11.
79. Choi, E.-S., Ryu, J.-I., Patton, L. L., & Kim, H.-Y. Item-level analysis of the relationship between orthodontic treatment need and oral health–related quality of life in Korean schoolchildren. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 2019; 155(3), 355–361.
80. Narvárez AJE, Cabrera AA. Validación y adaptación transcultural de la escala de resultados de salud oral para niños de 5 años (SOHO-5) en español Ecuatoriano. *Rev. Odontología*. 2018; 20 (2): 41-54.

81. Gomes, M. C., Perazzo, M. F., Neves, É. T., Martins, C. C., Paiva, S. M., & Granville-Garcia, A. F. Oral Problems and Self-Confidence in Preschool Children. *Brazilian Dental Journal*, 2017; 28(4), 523–530.
82. Perazzo M, C Gomes M, T Neves E, C Martins C, M Paiva S, MM de B Costa E, F Granville-García A. Oral problems and quality of life of preschool children: self-reports of children and perception of parents/Caregivers. *Eur J Oral Sci*. 2017; 125: 272–279.
83. GRANVILLE-GARCIA, A. F., GOMES, M. C., DANTAS, L. R., DANTAS, L. R., SILVA, B. R. C. da, PERAZZO, M. de F., & SIQUEIRA, M. B. L. D. Parental influence on children's answers to an oral-health-related quality of life questionnaire. *Brazilian Oral Research*. 2016;30(1):e14
84. Rivera E. La importancia del OHIP (Oral Health Impact Profile) en la Odontología. *Odontol. Sanmarquina* 2020; 23(1): 35-42.
85. Afonso A, Silva I, Meneses R, Frias-Bulhosa J. Qualidade De Vida Relacionada Com A Saúde Oral: Validação Portuguesa De Ohip-14. *Rev. Psicologia, Saúde & Doenças*, 2017, 18(2), 374-388.
86. Diaz-Reissner, C. V.; Casas-Garcêa, I.; Roldçn-Merino, J. Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos. Revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat*. 2017; 11(1):31-39.
87. Levin L, Zini A, Levine J, Weiss M, A Lev R, Hai A, Chebath-Taub D, Almoznino G. Dental anxiety and oral health-related quality of life in aggressive periodontitis patients. *Rev. Clin Oral Invest*. 2018; 22:1411–1422.
88. Dallé H, Vedovello SAS, Degan VV, De Godoi APT, Custódio W, de Menezes CC. Malocclusion, facial and psychological predictors of quality of life in adolescents. *Community Dent Health*. 2019;36(4):298-302.
89. Sun L, Wong HM, McGrath CPJ. The factors that influence oral health-related quality of life in young adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):187.
90. Obilade OA, Sanu OO, Costa OO. Impact of three malocclusion traits on the quality of life of orthodontic patients. *Int Orthod*. 2016;14(3):366-385.
91. Rosales Y, Martínez C, Pérez N. Malos Hábitos Bucales en Escolares de Diferente Nivel Socioeconómico de Oaxaca. *Rev. Espacio Universitario*. 2019; 14(38):45-48.

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITIRIO INSTITUCIONAL

Yo, VANESSA ESTEFANIA VIVAR INGA portador (a) de la cédula de ciudadanía Nro. 0350131116, en calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS BUCALES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, 28 de septiembre de 2020.



F:

El Bibliotecario de la Sede Azogues

CERTIFICA:

Que: **VIVAR INGA VANESSA ESTEFANÍA**, con cédula de ciudadanía Nro.
0350131116, de la Carrera de: ODONTOLOGÍA

No adeuda libros, a esta fecha: 26 de agosto del 2020.



Byron Alonso Torres Romo
Bibliotecario

Control plagio Vanesa Vivar

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	8%	5%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	1%
5	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	scielo.conicyt.cl Fuente de Internet	1%
7	scielo.iics.una.py Fuente de Internet	1%
8	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	www.revistaamc.sld.cu Fuente de Internet	1%

10

siicsalud.com
Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado