

Hábitos orales no saludables y calidad de vida en un grupo de niños/as preescolares chilenos/as

Unhealthy oral habits and oral health-related quality of life in a group of Chilean preschool children

María Angélica Fernández Gallardo¹ 

Daniela Rojas Contreras¹ 

Felipe Inostroza-Allende¹ 

¹ Universidad de Chile, Departamento de Fonoaudiología, Santiago, Chile.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar ocurrencia de hábitos orales no saludables y calidad de vida relacionada a la salud oral, comparando estos resultados por sexo y por presencia/ausencia de hábitos orales no saludables en un grupo de niños/as de Santiago de Chile.

Métodos: participaron padres/cuidadores de 100 niños (4,06±0,7 años) y 92 niñas (4,09±0,7 años) de jardines infantiles mediante Google Forms. Se aplicó el "Instrumento de identificación de hábitos orales no saludables" y la "Escala de calidad de vida relacionada con la salud oral en niños".

Resultados: 63,3% realizaba un hábito oral no saludable y 16,9% dos. 57,6% utiliza biberón con chupete común. El puntaje promedio de la Escala de calidad de vida fue de 16,5 de 52 puntos. Tampoco hubo diferencias significativas en calidad de vida entre niños/as con uno o más hábitos y aquellos sin hábitos orales no saludables.

Conclusiones: el hábito más prevalente fue el uso del biberón con chupete común. La calidad de vida evidenció un mayor impacto en el niño a nivel funcional. Sin diferencias significativas según sexo, ni en calidad de vida según presencia o ausencia de hábito oral no saludable.

Descriptor: Prevalencia; Hábitos Linguales; Terapia Miofuncional; Maloclusión; Conducta Alimentaria; Preescolar

ABSTRACT

Purpose: to characterize unhealthy oral habits and oral health-related quality of life in a group of children from Santiago, Chile, comparing these results by sex and the presence or absence of unhealthy oral habits.

Methods: parents/caregivers of 100 boys (4.06±0.7 years old) and 92 girls (4.09±0.7 years old) from preschools answered the Unhealthy Oral Habits Identification Instrument and the Early Childhood Oral Health Impact Scale via Google Forms.

Results: altogether, 63.3% had one, and 16.9% had two unhealthy oral habits; 57.6% used a bottle with a regular nipple. The mean Early Childhood Oral Health Impact Scale score was 16.5 out of 52 points. Quality of life did not differ significantly between children with one or more habits and those without unhealthy oral habits.

Conclusions: bottle use with a regular nipple was the most prevalent habit. Quality of life had a greater impact on children at a functional level, with no significant differences by sex or in quality of life, based on the presence or absence of unhealthy oral habits.

Keywords: Prevalence; Tongue Habits; Myofunctional Therapy; Malocclusion; Feeding Behavior; Child, Preschool

Estudio realizado en Jardines Infantiles de la Fundación Integra, de la Región Metropolitana Norponiente, Santiago de Chile, Chile.

Fuente de financiamiento: Nada a declarar

Conflicto de intereses: Felipe Inostroza-Allende declara que es miembro del cuerpo editorial de la Revista CEFAC pero no participó en el proceso de revisión ni en la toma de decisiones respecto de la aceptación de este artículo

Dirección para correspondencia:

María Angélica Fernández Gallardo
Av. Independencia 1027, Independencia,
Código Postal: 8380453 - Ciudad Santiago,
Chile
E-mail: angelica.fernandezg@uchile.cl

Recibido en 13/12/2023

Recibido en versión revisada el
06/03/2024

Aceptado en 23/10/24



© 2025 Fernández Gallardo et al. Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access) bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre y cuando se cite correctamente la obra original.

INTRODUCCIÓN

Un hábito es una costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente^{1,2}. Cuando estos hábitos son no saludables y están centrados en la zona oral, se les llama hábitos orales no saludables (HONS) (conocidos también en la literatura como hábitos bucales deformantes³, hábitos orales⁴, malos hábitos orales⁵, hábitos deletéreos⁶, entre otros) y pueden alterar el normal desarrollo craneofacial y dental, debido a un desequilibrio entre las fuerzas musculares orofaciales internas y externas, produciendo deformaciones dentoestructurales o maloclusiones³⁻⁷.

Se ha reportado que las maloclusiones no tienen consecuencias solamente físicas, sino que también tienen efectos económicos, psicológicos, sociales, funcionales y estéticos⁸. Los HONS han sido reportados como uno de los factores más influyentes en la generación de maloclusiones⁹. La severidad de su impacto depende de distintos factores tales como el tipo de mal hábito, edad de inicio, su frecuencia y duración, entre otros. Otros factores, tales como los genéticos, también determinan la gravedad y tipo de maloclusión^{1,4,10,11}. Esto es de suma importancia al considerar que en Chile, las anomalías dentomaxilares son la tercera patología odontológica más prevalente^{1,12}. Sumado a lo anterior, Agurto et al. (1999)¹ reporta diferencias en relación al sexo, presentando mayor cantidad de HONS en niños que en niñas.

En Chile, Gacitúa et al. (2001)¹³ determinó que el 87% de un grupo de niños/as 6 a 9 años de la municipalidad de Recoleta presentaron algún HONS y que la distribución según sexo fue bastante homogénea (51% niñas, 49% niños), ellos consideraron la respiración oral, deglución infantil, succión e interposición (lingual, de labios y/o objetos). Por otra parte, Candia-Castillo et al. (2020)¹⁴ reportó que un 32,7% de los niños/as de 5 a 11 años evaluados en Ercilla, presentó al menos un HONS (47,7% eran niños y 52,3% niñas) en este se consultó específicamente por: deglución atípica, respiración oral, respiración oronasal y empuje/interposición lingual. En tanto, la prevalencia de HONS en niños/as chilenos/as menores de 6 años ha sido solamente publicada en 1999 por Agurto et al. (1999)¹, quien reportó un 66% de HONS (succión, respiración oral e interposición lingual), sin estudiar diferencias por sexo.

La calidad de vida, en el contexto de la salud oral, se refiere a la percepción subjetiva del bienestar físico, emocional y social en relación con la salud bucal y

las funciones orofaciales. Entre los elementos que pueden influir en la calidad de vida es presentar condiciones orales desfavorables y por ende tener un efecto negativo en la persona y su familia¹⁵.

La calidad de vida es considerada como un indicador importante en la evaluación del estado de la persona en prácticamente todas las áreas de la salud física y mental, incluyendo la salud oral. Esto ha llevado que se considere la calidad de vida, en particular la relacionada a la salud oral, para establecer los objetivos y resultados de las intervenciones ya que deben basarse también en las vivencias y percepciones de las personas; teniendo en cuenta la influencia de factores sociocultural, nivel educativo, estructura familiar y acceso a la atención¹⁶. Es debido a lo anterior que el término "Calidad de vida relacionada con la salud oral" se encuentra en artículos como en Diaz-Reissner et al. (2017)¹⁷ y en Bennadi & Reddy (2013)¹⁸.

La calidad de vida en niños preescolares es un aspecto fundamental que abarca su bienestar físico, emocional y social en esta etapa crucial de desarrollo. Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es un parámetro esencial para evaluar el estado de salud de los/as niños/as en todos los aspectos, incluida la salud oral¹⁹.

La salud oral juega un papel crucial en la calidad de vida de los/as niños/as preescolares. Las alteraciones en las funciones orales (masticación, deglución y el habla) pueden tener un impacto significativo en su bienestar físico y emocional. Por ejemplo, dificultades en la masticación pueden afectar la ingesta de alimentos y la nutrición adecuada del niño o niña, lo que a su vez puede influir en su crecimiento y desarrollo pero también en su autoestima e interacción social y por ende en su calidad de vida^{11,14}.

Al respecto, contar con información actualizada en esta temática es muy beneficioso para orientar planes de promoción y prevención de la salud en este nivel y así favorecer el bienestar físico, emocional y social de los/as niños/as en esta etapa preescolar. Por esto, se plantean los siguientes objetivos: a) caracterizar la ocurrencia de HONS, b) caracterizar la calidad de vida relacionada a la salud oral y c) comparar estos resultados entre niños y niñas y d) comparar la calidad de vida entre niños/as sin HONS y aquellos/as/as con uno o más HONS en un grupo de niños/as de Santiago de Chile.

MÉTODOS

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, proyecto N°033-2021.

Diseño

Estudio cuantitativo, observacional y transversal.

Participantes

Fueron convocados a participar un total aproximado de 400 padres y cuidadores de niños/as de 2 a 5 años de 40 jardines infantiles Integra de la Región Metropolitana Norponiente, al proyecto titulado: "Efecto de un programa de promoción de hábitos orales saludables y una adecuada masticación en niños y niñas de 2 a 5 años, asistentes a jardines infantiles Integra a través de la educación a padres/cuidadores y educadoras", para el cual fue recopilado inicialmente información respecto a los HONS y la calidad de vida relacionada a salud oral de los niños/as y su familia, analizados en el presente artículo. Para efectos de este estudio, se consideraron hábitos orales no saludables, los reportados en Pereira et al. (2017)¹¹. De la totalidad de padres/cuidadores convocados, 192 aceptaron participar, lo cual a su vez correspondió a 192 niños/as participantes. El criterio de inclusión para formar parte de la investigación fue que el adulto informante fuera el tutor principal del niño o niña entre 2 a 5 años de edad, concurrentes a los jardines Integra convocados. Los criterios de exclusión fue el no contar con la autorización del adulto informante.

Procedimientos e instrumentos

En primer lugar, se contactó en enero de 2021 a las encargadas de la Red de salas cunas y jardines infantiles Integra. Posterior a conversaciones y acuerdos, se invitó a todos los padres/cuidadores de los niños/as a participar del estudio.

El contacto fue a partir del WhatsApp y del correo electrónico. Medios a través de los cuales se les envió una invitación. Luego, a quienes aceptaron participar se les envió el consentimiento informado y los siguientes instrumentos para ser contestados: El periodo de recolección de datos fue entre mayo y julio de 2021.

Instrumento de identificación de hábitos orales no saludables

Cuestionario elaborado por Pereira et al. (2017)¹¹, el cual contiene preguntas sobre la presencia o ausencia de hábitos orales en el niño, tiempo de mantenimiento del hábito, datos relativos al tiempo de lactancia materna, así como posibles alteraciones en el habla, oclusión y respiración según la percepción del adulto responsable¹¹. El instrumento fue traducido y adaptado al español por tres fonoaudiólogos especialistas en motricidad orofacial y los datos fueron recolectados mediante la plataforma Google Forms.

Escala de calidad de vida relacionada con la salud oral en niños - ECOHIS

El ECOHIS es una escala de calidad de vida que permite medir el impacto de la salud oral en la calidad de vida de niños/as de 3 a 5 años de edad y de sus familias, la cual es contestada por el padre/cuidador del niño basado en su percepción. Esta encuesta consta de un total de 13 preguntas, agrupadas en dos grupos: impacto en el niño (1. Dolor en los dientes, boca o maxilares; 2. Dificultades para tomar bebidas calientes o frías; 3. Dificultad para comer algunos alimentos; 4. Dificultades para pronunciar algunas palabras; 5. Pérdida de días de asistencia a su actividad en sala cuna, jardín o colegio; 6. Problemas para dormir; 7. Ha estado enojado o frustrado; 8. ha evitado sonreír; y 9. ha evitado hablar) e impacto en la familia (10. Usted u otro miembro de la familia ha estado preocupado; 11. Usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable; 12. Usted u otro miembro de la familia ha ocupado tiempo; 13. Han tenido un impacto económico en su familia). El cuestionario se califica utilizando una escala tipo Likert, con respuestas que pueden ser: nunca, casi nunca, ocasionalmente, a menudo y muy a menudo. ECOHIS tiene una puntuación para la sección de impacto en el niño, otra para el impacto en la familia y una puntuación total que considera ambas secciones.

Las puntuaciones van de 0 a 52 puntos en total, de 0 a 36 para medir el impacto en el niño y de 0 a 16 el de la familia. Las más altas puntuaciones indican un impacto negativo o muchos problemas en la calidad de vida relacionada con la salud oral¹⁵. Los datos también fueron recolectados mediante la plataforma Google Forms.

Análisis estadístico

Los datos fueron recolectados con Microsoft Excel y analizados con The jamovi project (2022), Versión 2.3²⁰ y The R Core Team (2021), Versión 4.1²¹. En los datos categóricos se obtuvieron las tablas de frecuencia, mientras que en los datos numéricos las medidas de posición (media) y de variabilidad (desviación estándar) para el total de participantes, así como para el grupo de niñas (G1) y el grupo de niños (G2). Para comparar los resultados entre ambos grupos se utilizaron el Test chi-cuadrado y el Test de la U de Mann-Whitney, respectivamente. Además, este último también fue utilizado para comparar la calidad de vida entre niños/as sin HONS y aquellos/as/as con uno o más HONS. Las diferencias se consideraron significativas cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaron del estudio 192 padres (32 ± 6 años de edad) de 100 niños ($4,06 \pm 0,7$ años de edad) y 92 niñas ($4,09 \pm 0,7$ años de edad).

En la Tabla 1 se presenta la ocurrencia de hábitos orales en la muestra estudiada junto con la comparación entre niñas (G1) y niños (G2). 172 padres/cuidadores respondieron la encuesta sobre ocurrencia de HONS. 63,3% de los padres/cuidadores señalaron que sus hijos/as realizaban un hábito oral no saludable (HONS), 16,9% reportó que sus hijos/as realizaban dos HONS y 1,1% reportaban tres HONS. El hábito oral no saludable más reportado por padres/cuidadores fue la utilización de biberón con chupete común (57,6%), seguido de interposición lingual en deglución o habla (19,2%), succión de labio (18,1%) y uso de chupete común (16,4%). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre los grupos ($p > 0,05$).

Tabla 1. Ocurrencia de hábitos orales para el total y comparación entre ambos sexos biológicos

Antecedentes		Total (%)	G1 (N)	G2 (N)	Valor p (1)
Realizó lactancia materna (LM)	si	91,5 %	75	82	0,565
	no	8,5 %	6	9	
¿Cuánto tiempo realizó LM ?	menos de 6 meses	22,6 %	20	19	0,756
	hasta los 6 meses	11,9 %	8	13	
	más de 6 meses	18,6 %	14	18	
	más de 1 año	46,9 %	39	41	
¿Cuántos HONS realiza?	0	18,6 %	9	22	0,058
	1	63,3 %	58	51	
	2	16,9 %	14	16	
	3	1,1 %	0	2	
Utiliza biberón con chupete común	no	42,4 %	33	40	0,67
	si	57,6 %	48	51	
Utiliza biberón con chupete ortodóncico	no	93,8 %	74	87	0,256
	si	6,2 %	7	4	
Utiliza chupete común	no	83,6 %	69	74	0,499
	si	16,4 %	12	17	
Utiliza chupete ortodóncico	no	97,7 %	78	90	0,258
	si	2,3 %	3	1	
Realiza succión digital	no	91,5 %	74	83	0,972
	si	8,5 %	7	8	
Realiza onicofagia	no	91,0 %	73	83	0,807
	si	9,0 %	8	8	
¿Cuántos HONS realizó?	0	9,6 %	7	10	0,945
	1	67,2 %	54	61	
	2	22,0 %	19	19	
	3	1,1 %	1	1	

Antecedentes		Total (%)	G1 (N)	G2 (N)	Valor p (1)
Utilizó biberón con chupete común	no	32,2 %	24	31	0,533
	si	67,8 %	57	60	
Utilizó biberón con chupete ortodóncico	no	91,5 %	73	85	0,432
	si	8,5 %	8	6	
Utilizó chupete común	no	76,3 %	66	66	0,165
	si	23,7 %	15	25	
Utilizó chupete ortodóncico	no	97,2 %	78	89	0,557
	si	2,8 %	3	2	
Realizó succión digital	no	93,2 %	76	84	0,696
	si	6,8 %	5	7	
Realizó onicofagia	no	93,8 %	75	86	0,609
	si	6,2 %	6	5	
Se succiona o muerde el labio	no	81,9 %	68	73	0,525
	si	18,1 %	13	18	
Interpone su lengua para hablar o tragar	no	80,8 %	62	77	0,18
	si	19,2 %	19	14	
Presenta dificultades o alteraciones en el habla	no	51,4 %	43	44	0,535
	si	48,6 %	38	47	
Presenta alteraciones dentarias	no	84,2 %	71	74	0,254
	si	15,8 %	10	17	
Permanece mucho con la boca abierta	no	91,5 %	77	81	0,147
	si	8,5 %	4	10	
Presenta dificultades para tragar alimentos líquidos	no	96,6 %	77	89	0,328
	si	3,4 %	4	2	
Presenta dificultades para tragar alimentos sólidos	no	85,3 %	68	78	0,747
	si	14,7 %	13	13	
Presenta dificultades para tragar alimentos pastosos	no	87,0 %	73	76	0,204
	si	13,0 %	8	15	
Prefiere alimentos	Líquidos	33,3 %	27	28	0,624
	Pastosos	15,8 %	15	13	
	Sólidos	50,8 %	39	50	

Leyenda: (1) = Test chi-cuadrado; G1 = sexo femenino; G2 = sexo masculino; % = porcentaje; N = número.

La Tabla 2 presenta los resultados de calidad de vida respondidos por 192 padres/cuidadores. En nuestro estudio el puntaje total en la ECOHIS fue de 16,5 puntos de 52 puntos posibles. En la dimensión de impacto en el niño el puntaje fue de 8,80 de 36 puntos, siendo los aspectos más afectados el de limitaciones funcionales (4,47), donde la pregunta más influyente fue la de “Dificultades para pronunciar algunas palabras”; y el de aspectos psicológicos (2,91), donde la pregunta que más influyó fue la de “Ha estado enojado/a o frustrado/a”. En la dimensión impacto en la familia, el puntaje fue de 7,76 de 16 puntos,

siendo el aspecto más afectado función familiar (4,17), donde ambas preguntas (“Usted u otro miembro de la familia ha ocupado tiempo” y “Han tenido un impacto económico en su familia”) influyeron de forma similar. Nuevamente, no se observaron diferencias significativas entre G1 y G2.

Por último, al comparar la calidad de vida relacionada a salud oral entre niños/as sin ningún HONS y niños/as con uno o más HONS, no se observaron diferencias significativas en la dimensión de impacto en el/a niño/a (0,806) ni en la dimensión de impacto en la familia (0,905).

Tabla 2. Puntaje “Escala de calidad de vida relacionada con la salud oral en niños” según grupo de impacto (impacto en el niño/impacto en el cuidador) y subgrupo para el total y comparación entre ambos sexos biológicos

Grupo de impacto	Total Promedio	G1 Promedio	G2 Promedio	Valor p (*)
Impacto en el niño				
- Síntomas orales (1)**	0,40	0,435	0,390	0,387
- Limitaciones funcionales (4)	4,47	4,55	4,41	0,63
- Aspectos psicológicos (2)	2,91	3,14	2,71	0,086
- Autoimagen/ interacción social (2)	1,03	1,03	1,03	0,951
Puntaje total Impacto en el niño	8,80	9,15	8,54	0,188
Impacto en la familia				
- Angustia de los padres (2)	3,61	3,57	3,65	0,756
- Función familiar (2)	4,17	3,98	4,33	0,167
Puntaje total Impacto en la familia	7,76	7,55	7,98	0,509
Total ECOHIS	16,56			

Leyenda: (*) = Test de Mann-Whitney. Abreviaturas: G1 = sexo femenino; G2 = sexo masculino; DE = desviación estándar; ECOHIS = Early Childhood Oral Health Impact Scale

(**) Todos los números entre paréntesis hacen referencia a la cantidad de preguntas de ese ámbito en la Escala de calidad de vida relacionada con la salud oral en niños.

DISCUSIÓN

Esta investigación buscó caracterizar la ocurrencia de HONS y la calidad de vida relacionada con la salud oral, comparar estos resultados por sexo y comparar la calidad de vida entre niños/as sin HONS y aquellos/as/as con uno o más HONS en un grupo de niños/as chilenos/as.

Primero que todo, existen limitaciones importantes para la discusión de la cantidad y tipos de HONS, debido a que los estudios nacionales como internacionales consideran distintos hábitos orales y una diversidad de rangos etarios. No obstante, se pueden extraer algunos análisis que se comunican a continuación.

Respecto a la prevalencia de HONS en niños/as a nivel nacional, se encuentran tres investigaciones. Agurto et al. (1999)¹ aplicaron una metodología similar a la del presente estudio, evaluando un total de 1110 niños/as de 3 a 6 años de la zona oriente de Santiago, en los cuales reportaron un 66% de HONS. Este porcentaje es inferior a lo encontrado en la presente investigación donde el 81,3% presentó entre uno y tres HONS. Este aumento observado podría estar influenciado por el cambio de rutinas y estilos de vida que fueron reportados en la pandemia por COVID-19, periodo en el cual fueron aplicadas las encuestas del presente estudio²². En tanto, otro factor que podría haber influido en este mayor porcentaje observado es la disminución de visitas odontológicas en la pandemia²³.

Los HONS más frecuentes en el estudio de Agurto et al. (1999)¹ fueron la succión (62%), respiración oral (23%) e interposición lingual (15%). Entre los objetos más succionados, se encuentran el biberón en 55%, el dedo en 23% y el chupete en 15%. Valores cercanos se obtuvieron en el presente estudio donde un 57,6% utilizaba biberón y un 16,4% realiza succión de chupete. En tanto, un alto contraste se encontró en el porcentaje de niños/as que realizaba succión digital, siendo de solo un 8,5% para nuestro estudio.

Candia-Castillo et al. (2020)¹⁴ realizaron un estudio en niños/as de 5 a 11 años de la comuna de Ercilla, donde un 61,5% presentó al menos un HONS (deglución atípica, respiración oral, respiración mixta e interposición lingual), lo cual es semejante a lo encontrado en este estudio de los niños/as que realizaban solo un HONS (63,3%), sin embargo, 81,3% de este estudio presentó entre uno a tres hábitos orales no saludables. Esto (81,3%) puede deberse entre otros factores a la edad, como ha sido reportado previamente²⁴. Por su parte, en el estudio de Gacitúa et al. (2001)¹³, se encontró que un 87% de niños/as entre 6 y 9 años evaluados en la comuna de Recoleta presentaba algún HONS. Este valor es superior al obtenido en esta investigación, lo cual podría relacionarse con que los investigadores incluyeron la interposición lingual en deglución y/o articulación, la cual se espera en este periodo debido al recambio dentario en la zona anterior²⁵. Esto se reafirma con el hecho de que en la investigación aludida lo más prevalente

fue la interposición lingual con un 28%, por sobre el 19,2% obtenido en el presente estudio. Sin embargo, no es posible comparar ambos estudios debido a que incluyen niños/as en diferentes rangos etarios.

En relación con la variable sexo, en este estudio no se reportaron diferencias significativas respecto a los HONS, lo cual concuerda con lo señalado por Gacitúa et al. (2001)¹³ y Candia-Castillo et al. (2020)¹⁴. En contraste, la investigación de Agurto et al. (1999)¹ encontró una mayor presencia de HONS en niños que en niñas.

A nivel internacional existen otros estudios realizados en el mismo rango etario de esta investigación, por lo que son interesantes de discutir. Franco et al. (2012)²⁶ reportó en niños/as españoles de 2 a 6 años, que un 90,7% presentaba al menos un HONS, reportando 7,1% succión digital, 8% succión de chupete, 12,4% interposición labial, 16% morder objetos, 33,8% morder uñas y 8,6% deglución atípica. De estos resultados destaca la baja prevalencia que se observa del uso del chupete en comparación con el 18,7% de la presente investigación. Por otra parte, en estos niños/as de España se observó una prevalencia de onicofagia mayor en comparación con el 9% que se encontró en nuestra investigación. Esto se contrasta con lo encontrado en esta investigación, donde se reporta que la presencia de un HONS fue 81,3% y el hábito más frecuente fue biberón con chupete común (57,6%).

Otro estudio en niños/as brasileños de 4 meses a 6 años, reportó que un 70,8% presentaba algún HONS²⁷, porcentaje inferior al del presente estudio. Sin embargo, en aquella muestra el uso del chupete fue más elevado que en la actual, ya que fue de un 45,6%. Esto podría deberse a la edad de aquella muestra ya que incluyó niños/as menores de un año, donde es más frecuente el uso de chupete.

En el mismo país, Pereira et al. (2017)¹¹ publicaron un trabajo en niños/as brasileños de 0 a 12 años, donde el hábito más prevalente fue el uso del biberón, sin embargo, el porcentaje es inferior (28,62%) al de los niños/as chilenos de este estudio (63,8%). Por otra parte, en la muestra chilena se obtuvo que un 48,6% presenta alteraciones en el habla, en contraste con un 19,6 % de la muestra brasileña. Ambas diferencias podrían deberse a los distintos rangos de edades de ambas investigaciones. En tanto, un 28,4% de los niños/as brasileiros/as permanece mucho tiempo con la boca abierta en contraste con un 8,5% en la muestra chilena¹¹.

Otra investigación en niños/as brasileños con un promedio de edad de 3,7 años, reportó que el hábito más frecuente fue el biberón en un 56,1%, el cual es inferior al encontrado en niños/as chilenos (63,8% si se suma el uso de biberón con chupete ortodóncico y común). Mientras que, se observan porcentajes similares en el uso de chupete y en la succión de dedo que fueron de 18,4% y 11,9% en los niños/as brasileños y de 18,7% y 8,5% en los chilenos²⁸.

En Bolivia, una investigación realizada en niños/as entre 3 y 7 años reportó que el hábito más frecuente fue la succión digital con un 53%, sin embargo, los autores no consultaron por el uso de biberón²⁹. Destaca que el porcentaje de niños/as con succión digital es mucho mayor que en el presente manuscrito, donde solo 8,5% reporta realizarlo al momento de la encuesta y 6,8% haberlo realizado antes. En cuanto al uso de chupete fue de un 28%, mayor al 18,7% obtenido en niños/as chilenos/as.

En Suecia, Dimberg et al. (2013)³⁰, estudiaron la prevalencia de maloclusiones en niños/as entre 3 y 7 años, para lo cual, entre las evaluaciones se encontraba una breve encuesta de algunos HONS. En este estudio se encontró que a los 3 años un 66% presentaba al menos un hábito de succión, el cual disminuyó a un 4% a los 7 años. Por otra parte, un 19% de los niños/as respiraba por la boca a los 3 años y solo un 8% a los 7 años. Sin embargo, los datos no son comparables con los obtenidos en la actual investigación.

Farsi et al. (1997)³¹ buscaron estimar la prevalencia del hábito de succión de dedo y chupete en niños/as de Arabia Saudita de 3 a 5 años. Un 48,6% de los niños/as había tenido o tenía al momento de la encuesta al menos uno de estos hábitos, predominando el chupete (37,9%) por sobre la succión digital (10,46%). Estos valores son inferiores a los encontrados en esta investigación, en la cual si se suma los niños/as que realizaron succión de dedo más quienes lo realizan en la actualidad se llega a un 15,3% y un 45,2% que utilizó o utilizaba chupete. En tanto, se coincide en que la succión de chupete es más frecuente que la de dedo.

Cabe señalar que existen otros estudios internacionales que evaluaron niños/as de otros rangos etarios. Por ejemplo, se encuentra el estudio de Narváez et al. (2010)³² en niños/as colombianos de 6 a 10 años. Del mismo país se encuentra la investigación de Chamorro et al. (2016)³³ quienes evaluaron menores entre 5 y 12 años. Por otra parte, Garde et al. (2014)¹⁰ estudiaron niños/as entre 6 y 12 años de India. Catarí et al. (2014)³⁴, estudió infantes venezolanos con dentición

mixta. Mientras que, Larsson et al. (2001)³⁵, determinaron el hábito de succión en niños/as suecos de 0 a 3 años. Sin embargo, estos resultados no son comparables con lo encontrado en este estudio debido al rango etario utilizado.

En cuanto a la lactancia materna, en este estudio un 91,5% realizó lactancia materna, 46,6% por más de un año, 18,6% por más de 6 meses y 34,5% por 6 meses o menos. Estos datos son diferentes a los obtenidos por Pereira et al. (2016)¹¹, donde sólo un 5,1% de los niños/as brasileños/as fue amamantado más de un año y un 32,4% por más de 6 meses. Al respecto, es importante destacar que la lactancia materna tiene un efecto protector sobre maloclusiones tales como la mordida cruzada posterior^{36,37} y mordida profunda²⁹ en dentición temporal. A su vez se ha reportado que quienes amamantan por periodos mayores a seis meses realizan menos succión de dedo y chupete. Además, quienes han tenido menor tiempo de lactancia tienen mayor prevalencia de hábitos orales no saludables^{35,37-39}.

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud oral, en nuestro estudio los niños/as obtuvieron un puntaje total en la ECOHIS de 16,5 puntos, superior a los resultados reportados previamente en niños/as chilenos/as del mismo rango de edad^{15,40}. El año 2018 un estudio en 100 niños/as de entre 3 a 5 años, residentes de las comunas de Santiago Centro y Renca reportó un puntaje total de 6,83 puntos¹⁵. Mientras que, en el año 2021 otro estudio también en 202 niños/as chilenos/as de 3 a 5 años, inscritos en los jardines de Fundación INTEGRAL de la ciudad de Temuco, reportó un puntaje total de 2,6 puntos⁴⁰. En relación al impacto en el niño y en la familia, los participantes de nuestro estudio obtuvieron un puntaje de 8,80 y de 7,76, respectivamente. En cambio, los puntajes reportados por Gonzalez et al. (2018)¹⁵ fueron de 4,29 en el impacto en el niño y de 2,54 en el impacto en la familia. Al igual que con el aumento en los HONS, este puntaje total mayor en calidad de vida, podría estar influenciado por las condiciones sociosanitarias del periodo en el que se aplicó la encuesta, considerando que en este periodo, a consecuencia de las restricciones por COVID-19, las familias tuvieron cambios drásticos en sus rutinas como solo salir cuando era estrictamente necesario, cambios en sus hábitos alimenticios, entre otros²². Esto podría traducirse en un impacto negativo en la calidad de vida de la salud oral.

A nivel internacional, una investigación en niños/as peruanos/as de tres a cinco años de edad con

diferentes condiciones de salud oral reportó valores inferiores a los registrados en este estudio. 95 infantes sanos obtuvieron un puntaje de 1,98 en el impacto en el niño y de 3,28 en el impacto en la familia; 130 niños/as con caries de aparición temprana presentaron un puntaje de 2,30 en el impacto en el niño y de 3,98 en el impacto en la familia; en tanto, 135 niños/as con caries de aparición temprana severa obtuvieron un puntaje de 4,61 en el impacto en el niño y de 5,16 en el impacto en la familia⁴¹. Lo cual evidencia un mayor impacto observado en nuestra muestra.

Por el contrario, otro estudio en niños/as peruanos de 3 a 5 años reportó puntajes más próximos a los del presente estudio (impacto en el niño = 8,8 y en la familia = 7,76), inclusive superiores principalmente en el impacto en el niño. En 77 niños con caries de la infancia temprana de severidad baja, el impacto en el niño fue de 9,03 y en la familia de 4,76 puntos; en 40 niños/as con caries de la infancia temprana de severidad alta, el impacto en el niño fue de 16,81 y en la familia de 8,08; en 138 niños sin traumatismos dento-alveolares el impacto en el niño fue de 10,16 y en la familia de 5,07; mientras que en 15 niños con traumatismos el impacto en el niño aumentó a 11,93 y en la familia a 6,14; por último, en 143 niños/as sin maloclusiones anteriores el impacto en el niño fue de 10,16 y en la familia de 5,06 puntos; en tanto, en 10 casos con maloclusiones el impacto en el niño aumento a 12,8 y en la familia de 6,8⁴². Cabe destacar que en el presente estudio estas variables no fueron controladas, por lo que se sugiere en futuros estudios incluir estas y otras variables clínicas.

La calidad de vida de los niños se asocia significativamente también con la presencia de enfermedades dentales en el niño⁴³, como las caries, con una prevalencia de 49% en niños chilenos⁴⁴. Por lo que futuros estudios también deberían considerar esta variable en sus análisis. Además, la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) es un «constructo multidimensional» que reconoce, entre otros temas, el impacto de la división económica y las características sociodemográficas, las cuales no fueron controladas en este estudio¹⁶. Por lo tanto, la diferencia en el impacto podría deberse a otros motivos que también afectan la calidad de vida, como los hábitos orales no saludables.

Limitaciones

Por último, dentro de las limitaciones del estudio, se encuentra el no haber corroborado el reporte de

los padres sobre dificultades o alteraciones en el habla, alteraciones dentarias, boca abierta en reposo y dificultades para tragar alimentos líquidos, sólidos o pastosos, para así determinar relaciones entre los HONS observados y dichas alteraciones. En tanto, como proyecciones, futuras investigaciones deben abordar estas limitaciones, identificar otros factores subyacentes a la prevalencia de los HONS y la calidad de vida relacionada a la salud oral, junto con desarrollar y evaluar el impacto de programas de promoción y prevención de salud oral en esta población y su contexto.

CONCLUSIÓN

El HONS más prevalente en los niños/as de la Región Metropolitana fue el uso del biberón con chupete común. En tanto, la calidad de vida relacionada a salud oral evidenció un mayor impacto en el/a niño/a a nivel funcional y psicológico. También destacó en los padres una alta percepción por las dificultades en el habla del niño/a.

Es importante señalar, que no hubo diferencias significativas entre niños y niñas tanto en presencia de HONS como en calidad de vida. Tampoco se observaron diferencias significativas al comparar la calidad de vida entre el grupo sin HONS y el grupo con uno o más HONS.

AGRADECIMIENTOS

Red de salas cunas y jardines infantiles Integra.
Sociedad Chilena de Fonoaudiología.

REFERENCIAS

1. Agurto P, Díaz R, Cádiz O, Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Rev. chil. pediatr.* 1999;70(6):470-82. <https://doi.org/10.4067/S0370-4106199900600004>
2. Kamdar R, Al-Shahrani I. Damaging oral habits. *J Int Oral Health.* 2015;7(4):85-87. PMID: PMC4409805 PMID: 25954079.
3. Álvarez-González MC, Pérez-Lauzurique A, Martínez-Brito I, García-Nodar M, Suárez-Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. *Rev Med Electrón [Periodico en la internet].* 2014 [Accedido 3 jul 2023];36(4):396-407. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400002&lng=es
4. Sharma Sh, Bansal A, Asopa K. Prevalence of oral habits among eleven to thirteen years old children in Jaipur. *Int. J. Clin. Pediatr. Dent.* 2015;8(3):208-10. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1314> PMID: 26604539.
5. Muller R, Piñeiro S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2014;25(2):380-8. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70050-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70050-1)
6. Ovsenik M, Marjan F, Korpar M, Verdenik I. Follow-up study of functional and morphological malocclusion trait changes from 3 to 12 years of age. *Eur J Orthod.* 2007;29:523-9. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjm065> PMID:17974543.
7. Dimberg L, Lennartsson B, Söderfeldt B, Bondemark L. Malocclusions in children at 3 and 7 years of age: A longitudinal study. *Eur J Orthod.* 2013;35:131-7. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjr110> PMID: 22045694.
8. Momeni Sh, Faghihi F, Golkari A, Saki M. The impact of an educational pamphlet on the awareness of parents about 4-6-year-old children's oral habits and dentofacial discrepancies. *J. Dent. Res. Dent. Clin. Dent. Prospects.* 2016;10(1):57-64. <https://doi.org/10.15171/joddd.2016.009> PMID: 27092216.
9. Abreu E, Teixeira M, Oiveira A. Malocclusion and deleterious oral habits among adolescents in a developing area in northeastern Brazil. *Braz Oral Res.* 2013;27(1):62-9. <https://doi.org/10.1590/s1806-83242012005000027> PMID: 23207900.
10. Garde J, Suryavanshi R, Arun B, Deshmukh V. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 years old children. *J Int Oral Health.* 2014;6(1):39-43. PMID: 24653601.
11. Pereira TS, Oliveira F, Cardoso MCAF. Association between harmful oral habits and the structures and functions of the stomatognathic system: Perception of parents/guardians. *Codas.* 2017;29(3):e20150301. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172015301> PMID: 28538822.
12. Navarrete M, Espinoza A. Prevalencia de anomalías dentomaxilares y sus características en niños de 2 a 4 años. *Odontol Chil.* 1998;46(1):27-33. LILACS | ID: lil-249193.
13. Gacitúa G, Mora D, Veloso D, Espinoza A. Prevalencia de anomalías dentomaxilares causadas por malos hábitos en niños de 6 a 9 años. *Rev Dent Chile [Periodico en la internet].* 2001 [Accedido 13 jul 2023]; 92(1):31-4. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/download/SALUD%20BUCAL/Prevalencia%20de%20Anomalias%20Dentomaxilares%20Causadas%20por%20Malos%20Habitos%20en%20Ninos%20de%206%20a%209%20a.%20Rev%20Med%20Chile%202001.pdf>
14. Candia-Castillo C, Aravena Rivas Y, Sandoval-Vidal P. Prevalence of malocclusion and non-physiological oral habits in primary school children from Ercilla, Chile. *J Oral Res.* 2020;9(6):474-82. <https://doi.org/10.17126/joralres.2020.092>
15. González 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. <https://doi.org/10.4067/S0719-01072018000100009>
16. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011;90(11):1264-70. <https://doi.org/10.1177/0022034511399918>
17. 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. odontostomatol.* 2017;11(1):31-9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000100005>

18. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *J. Int. Soc. Prev. Community Dent.* 2013;3(1):1-6. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.115700> PMID: 24478972 PMID: PMC3894098.
19. OMS: Organización Mundial de la Salud [Webpage en la internet]. Calidad de vida. s/f [Accedido 2024 mar 4]. Disponible en: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/es/>
20. The Jamovi Project. Jamovi (Version 2.3) [Computer software]. 2022. Disponible en: <https://www.jamovi.org>
21. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. 2021. Disponible en: <https://cran.r-project.org> (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01)
22. Campagnaro R, de Oliveira G, Podadeiro M, da Silva JP, Calvo M, Lopes D et al. COVID-19 pandemic and pediatric dentistry: Fear, eating habits and parent's oral health perceptions. *Child Youth Serv Rev.* 2020;118:105469. <https://doi.org/10.1016/j.chilcyouth.2020.105469> PMID: 32952248.
23. Özgül I, Özcan G, Kargül B. Oral health practice and health-related quality of life of a group of children during the early stage of the COVID-19 pandemic in Istanbul. *J Edu Health Promot.* 2021 Aug 31;10:313. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1311_20 PMID: 34667813.
24. Shetty SR, Munshi AK. Oral habits in children - A prevalence study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 1998;16(2):61-6. PMID: 11813757.
25. Palomino H, Villanueva P. Evolución de la dentición. En: Villanueva P, Palomino H, editores. *Motricidad orofacial: fundamentos anatomofisiológicos y evolutivos para la evaluación clínica.* 1º. Ed. Santiago: Universitaria; 2011. p.67-74. ISBN: 978-956-11-2317-5.
26. Franco V, Gorritxo B, Garcia F. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012;14(53):13-20. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322012000100002>
27. Saliba C, Isper A, Martins R, de Souza N, Saliba S. Prevalência de hábitos de sucção não nutritivos em pré-escolares e a percepção dos pais sobre sua relação com maloclusões. *Cienc saude coletiva.* 2014;19(2):553-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.23212012> PMID: 24863831.
28. Scarpelli B, Berger S, Punhagui M, de Oliveira C, Ferelle A, Oltramari-Navarro P. Evaluation of a preventive educational program for malocclusions: 7-year study. *Braz. Oral Res.* 2016;30(1):e119. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0119> PMID: 27901201.
29. Mendoza A, Asbún P, Crespo A, Gonzales S, Patiño R. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. *Rev Soc Bol Ped* [Periodico en la internet]. 2008 [Accedido 10 jul 2023]; 47(1):3-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752008000100002
30. Dimberg L, Lennartsson B, Söderfeldt B, Bondemark L. Malocclusions in children at 3 and 7 years of age: A longitudinal study. *Eur J Orthod.* 2013;35(1):131-7. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjr110> PMID: 22045694.
31. Farsi N, Salama F. Sucking habits in Saudi children: Prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. *Pediatr Dent.* 1997;19(1):28-33. PMID: 9048410.
32. Narváez M, Muñoz Y, Villota C, Mafla A. Hábitos orales en niños de 6-10 años de la escuela Itsin de San Juan de Pasto. *Universidad y salud* [Periodico en la internet]. 2010; [Accedido 11 jul 2023]; 1(12):27-33. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/183/pdf>
33. Chamorro A, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L, Triana F et al. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de odontopediatría de la Universidad del Valle. *CES Odontología* [Periodico en la internet]. 2016 [Accedido 11 jul 2023]; 29(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759180>
34. Catarí P, Carrillo A, Zavarce S, Pérez C. Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de odontopediatría. *Acta Odontol. Venez* [Periodico en la internet]. 2014 [Accedido 11 jul 2023]; 52(2). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art-8/>
35. Larsson E. Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: A longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. *Angle Orthod.* 2001;71(2):116-9. [https://doi.org/10.1043/0003-3219\(2001\)071<0116:SCAFHA>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1043/0003-3219(2001)071<0116:SCAFHA>2.0.CO;2) PMID: 11302587.
36. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking: Effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child.* 2004;89:1121-3. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.029728> PMID: 15557045.
37. Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. *BMC Pediatr.* 2015;21:15:46. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0364-1> PMID: 25895651.
38. Fuguet J, Betancourt A, Ochoa L, González M, Crespo G, Viera D. Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. *Rev. Med. Electrón* [Periodico en la internet]. 2014 [Accedido 10 jul 2023]; 36(5):561-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500004
39. Maia-Nader M, Silva de Araujo C, Pinheiro F, Moura A, Abreu E, Pereira MC et al. Factors associated with prolonged non-nutritive sucking habits in two cohorts of Brazilian children. *BMC Public Health.* 2014;14:743. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-743> PMID: 25053157.
40. Núñez-Contreras J, Hofer-Durán P, Sinsay-Schmeisser J, Zaror C. Impacto de las condiciones sociodemográficas y orales en la calidad de vida relacionada a la salud oral en preescolares de Temuco, Chile. *Int. J. Odontostomat.* 2021;15(2):503-12. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2021000200503>
41. Hayakawa Lastarria LA, Maraví Gutiérrez JE, Geller Palti D. Calidad de vida relacionada a la salud oral de preescolares peruanos en el año 2018. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* [Periodico en la internet]. 2021 [Accedido 10 jul 2023]; 11(1). Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/209>
42. López-Ramos RP, García-Rupaya CR. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la Provincia de Huaura, Lima. *Rev Estomatol Herediana* [Periodico en la internet]. 2014; [Accedido 14 jul 2023]; 23(3):139. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/24>
43. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2007 Jan 30;5:6. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-6>
44. Espinoza-Espinoza G, Pineda P, Atala-Acevedo C, Muñoz-Millán P, Muñoz S, Weits A et al. Prevalencia y severidad de caries dental en los niños beneficiarios del Programa de Salud Oral Asociados a Escuelas de Chile. *Int. J. Odontostomat.* 2021;15(1):166-74. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2021000100166>

Contribuciones de los autores:

MAFG: Conceptualización; Selección de datos; Investigación; Metodología; Recursos; Supervisión; Borrador del escrito original; Revisión del escrito y edición.

DRC: Conceptualización; Selección de datos; Investigación; Administración de proyectos; Visualización; Borrador del escrito original; Revisión del escrito y edición.

FIA: Conceptualización; Selección de datos; Análisis formal; Recursos; Supervisión; Validación; Borrador del escrito original; Revisión del escrito y edición.

Declaración de intercambio de datos:

Los datos generados y analizados durante este estudio no estarán disponibles públicamente. No obstante, el autor correspondiente estará disponible para responder a cualquier consulta sobre la metodología y los resultados del estudio.