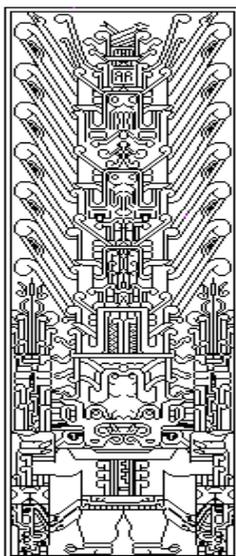


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ESCUELA PROFESIONAL DE TERAPIA DE REHABILITACIÓN
ESPECIALIDAD DE TERAPIA DE LENGUAJE



TESIS

RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ORALES Y ALTERACIONES OROFACIALES
EN NIÑOS DE 3 A 9 AÑOS
- CEDIR - 2018

Para optar por el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica

Autor:

ESPINOZA LÉVANO, Lucero Del Carmen

Asesor:

LIC. PINILLOS DEZA, Luis Rafael

LIMA – PERU

2018

**RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ORALES Y ALTERACIONES OROFACIALES
EN NIÑOS DE 3 A 9 AÑOS - CEDIR - 2018**

DEDICATORIA:

Dedico esta Tesis en primer lugar a Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, que son los pilares más importantes y por demostrarme siempre todo su amor y apoyo incondicional en cada paso que doy. A la vida, por brindarme la oportunidad de conocer una carrera maravillosa de la cual me siento muy orgullosa, haciéndome cada día más humana, menos perfecta y más feliz.

AGRADECIMIENTO:

Quiero empezar estas líneas agradeciendo a mis padres por vivir conmigo esta experiencia en mi formación profesional, siendo mi mayor fuente de inspiración y motivación para seguir adelante y alcanzar todas las metas a futuro.

Agradecer a mis maestros de la Facultad de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Federico Villarreal, por la paciencia y confianza brindada en todos estos años de formación, conservo conmigo sus mejores enseñanzas y recuerdos de cada uno de ellos, así mismo, agradecer a mis maestros en la sede de internado del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins por la oportunidad de conocerlos, de brindarme sus conocimientos, toda su experiencia y su paciencia.

Agradecer especialmente a mi asesor Dr. David Parra, por su constante apoyo y por inculcarme el interés por la investigación, beneficiando no sólo mi crecimiento profesional sino el crecimiento científico en la carrera.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, sus consejos, apoyo, ánimos para no desistir en este camino y su interés por estar pendientes de mis logros.

Para ellos, muchas gracias y que Dios los bendiga.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Identificación y descripción del problema	10
1.2. Formulación de las preguntas general y específicas	11
1.3. Objetivos: General y Específicos	12
1.4. Justificación	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.	14
2.1.1. Antecedentes nacionales.	14
2.1.2. Antecedentes internacionales.	14
2.2. Bases teóricas.	21
2.1.1. Alimentación del niño y las funciones del sistema estomatognático	21
2.1.2. Hábitos de succión y otros hábitos orales	32
2.1.3. Alteraciones orofaciales y hábitos orales	39
2.3. Definición de términos relacionados al tema	46
2.4. Hipótesis	48

CAPÍTULO III: MÉTODO

3.1. Tipo y diseño de estudio	49
3.2. Población y muestra	50
3.3. Operacionalización de variables. Matriz de consistencia	51
3.4. Instrumento de recolección de datos. Materiales y equipos. Procedimientos	54
3.4.1. Instrumentos de Recolección de datos	54
3.4.2. Procedimientos y análisis de datos	57

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Resultados referentes a las frecuencias por género en el grupo de estudio	60
4.2. Resultados referentes a los hábitos orales en el grupo de estudio	61
4.3. Resultados referentes a las alteraciones orofaciales en el grupo de estudio	65
4.4. Resultados referentes a los hábitos orales y alteraciones orofaciales en el grupo de estudio.	66

DISCUSIÓN. 74

CONCLUSIONES. 77

RECOMENDACIONES. 78

CAPÍTULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. 79

ANEXOS 86

Anexo I - Consentimiento informado 87

Anexo II - Ficha de caracterización del niño 88

RESUMEN

El tema de esta investigación es el análisis de los factores de riesgo asociados a las perturbaciones del lenguaje en el niño, en particular, el estudio de las relaciones entre hábitos orales y alteraciones orofaciales. Se centra en los niños de edades comprendidas entre los 3 y los 9 años, para identificar el papel de los hábitos orales (lactancia materna, succión del chupete, biberón, dedo y lengua y onicofagia), tipo de respiración (oral, nasal, y mixto), alteraciones orofaciales (oclusión dental, labios, lengua, paladar y freno lingual) en las alteraciones del lenguaje del niño. La literatura indica que estos hábitos orales, ocurridos de manera prolongada en los primeros años de vida del niño, potencian alteraciones orofaciales y constituyen factores de riesgo de ciertos tipos de trastornos del habla. La muestra está formada por 49 niños peruanos con trastornos del lenguaje, valorados en consulta de terapia del habla, en el Centro de Terapias “CEDIR” durante fines del año 2017 y comienzos del 2018. La recolección de datos se efectuó a través del llenado de una ficha de registro disponible para la evaluadora involucrada en el estudio. Los datos fueron analizados a través de estadística descriptiva e inferencial. Los principales resultados apuntan a la importancia de los antecedentes familiares, de la respiración oral, de los cambios en la lengua, los labios y el paladar como factores predictivos de los trastornos del habla de los niños. En cuanto a la interferencia nociva que los hábitos orales pueden tener en el desarrollo y en las perturbaciones del lenguaje del niño. Estos datos contribuyen a la intervención y prevención terapéutica más sostenidas en las perturbaciones del habla y apuntan a la necesidad de una mayor inversión científica en este ámbito.

Palabras clave: Hábitos orales; Alteraciones orofaciales; Perturbaciones de habla.

ABSTRACT

The theme of this research is the analysis of risk factors associated with language disturbances in children, in particular, the study of the relationships between oral habits and orofacial alterations. It focuses on children aged between 3 and 9 years, to identify the role of oral habits (breastfeeding, pacifier suction, bottle, finger and tongue and onicofagia), type of breathing (oral, nasal, and mixed), orofacial alterations (dental occlusion, lips, tongue, palate and tongue brake) in the alterations of the child's language. The literature indicates that these oral habits, which occur long in the first years of the child's life, potentiate orofacial alterations and constitute risk factors for certain types of speech disorders. The sample consists of 49 Peruvian children with language disorders, assessed in speech therapy consultation, at the "CEDIR" Therapy Center during the end of 2017 and the beginning of 2018. The data collection was carried out through the filling of a registration form available for the evaluator involved in the study. The data were analyzed through descriptive and inferential statistics. The main results point to the importance of family history, oral breathing, changes in the tongue, lips and palate as predictive factors of children's speech disorders. As for the harmful interference that oral habits can have on the development and disturbances of the child's language. These data contribute to the intervention and therapeutic prevention more sustained in speech disturbances and point to the need for greater scientific investment in this field.

Keywords: Oral habits; Orofacial alterations; Speech disturbances.

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la relación entre hábitos orales y alteraciones orofaciales, es fuertemente estudiada en las áreas de la fonoaudiología y ortodoncia, sin embargo, hay varios vacíos. Los autores que trabajan en gran parte esa área relatan la necesidad de favorecer la condición miofuncional orofacial, Según revisión realizada por Ferreira y Felicio (2005), cuando odontólogos y fonoaudiólogos trabajan en equipo, el papel de cada uno de estos profesionales presentan mayor claridad, en comparación a las actuaciones aisladas de ortodoncistas, por ejemplo, que refieren hacer apenas las correcciones con aparatos odontológicos. Por otro lado, las autoras comentan que las diferentes conductas adoptadas por los odontólogos en el tratamiento de sus pacientes pueden ser consecuentes de sus formaciones, lo que acaba implicando en posturas diferenciadas en la interacción con otros profesionales.

Los hábitos orales son patrones de contracción muscular aprendido, tales como succión digital, succión de biberón y chupón, etc., que cuando persisten, pueden provocar alteraciones e interferir en el patrón normal de crecimiento facial y en el desempeño de las funciones estomatognáticas. Moresca y Feres (1994) complementan ese concepto refiriendo que esos hábitos traen un cierto placer y / o satisfacción para quien lo presenta. Su inicio es consciente, pero, en función de la repetición continua, ocurre un proceso de automatización y perfeccionamiento que se vuelve, así, inconsciente. En su mayoría, los hábitos orales nocivos se originan en la lactancia o primera infancia.

Las alteraciones provocadas por estos hábitos inadecuados pueden influir en el crecimiento de la cara, la forma de los arcos dentales y la producción del habla, principalmente por el patrón de posicionamiento de la lengua que se encuentra alterado.

Además, tales alteraciones pueden perjudicar también las funciones de masticación, deglución y respiración. Peres et al (2007) alertan para que estos hábitos sean considerados como riesgo para alteraciones de oclusión y para el hecho de que la lactancia es un factor de protección en relación a las oclusopatías.

En relación a la producción del habla, se sabe que ésta depende de un control neuromuscular complejo, que involucra: posición de la lengua y su capacidad de moverse, presencia y posición de los dientes, movimiento de los labios y de las mejillas. Para un patrón satisfactorio de esa función, es necesario una posición mandibular propia que proporcione un espacio interdental capaz de controlar la apertura y el cierre de la cavidad oral, promovida por la acción de los labios y musculatura de la cara (Marchesan, 2004). En las alteraciones articulatorias por ejemplo, se pueden incluir los sigmatismos lateral y frontal y la imprecisión articulatoria.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Identificación y descripción del problema

Durante años, varios estudios e investigaciones han orientado a los hábitos orales deletéreos de la incidencia y sus posibles consecuencias en el equilibrio del sistema estomatognático. Los hábitos son patrones de contracción muscular aprendidos, de naturaleza compleja, que se diferencian de los hábitos orales anormales y deletéreos por interferir en el patrón regular del crecimiento facial. Tal crecimiento ocurre de acuerdo con las características genéticas de cada individuo, teniendo como factores determinantes la herencia, la desnutrición, las enfermedades, y el clima.

En el centro CEDIR se observan alteraciones orofaciales que se presenta en un niño frente a uno o más hábitos orales deletéreos, en el cual se determinan por varios aspectos, tales como la frecuencia, intensidad, duración, objeto y/o estructura utilizada, sin dejar de lado que las alteraciones orofaciales coincidentemente se presentan en la época en que se inició el (los) hábito(s) orales. Tal es así que, las posibles causas de los hábitos orales pueden ser fisiológicos, emocionales o de aprendizaje condicionado, debiendo ser buscada en la latencia o una primera infancia (Hanson, 1998). La forma de lactancia infantil, por ejemplo, tiene una fuerte influencia en la instalación de hábitos orales deletéreos. Los niños que no han sido amamantados, a pesar de tener madres, tienen mayores probabilidades de desarrollar los hábitos orales deletéreos en relación a las que se han sido amamantados, así sea por un período menor de tiempo (Reis, 2000). A pesar de transmitir sensación de seguridad y comodidad, los hábitos orales deletéreos deben ser abandonados lo más precozmente posible a fin de evitar cambios estructurales y funcionales graves (Carvalho, 2003). Hay una gran discusión con respecto al tiempo

de uso habitual, sin embargo la mayoría de los autores concuerdan cuanto más pronto ocurra su remoción menores daños ocurrirá. Se consideran como patrones habituales anormales: succión digital, succión de chupón, respiración oral, morder objetos, morder labios, interponer la lengua, onicofagia y bruxismo (Valencia, 2001)

Ante la necesidad de prevenir las alteraciones orofaciales, este estudio se realizan las preguntas que a continuación se describen mejor.

1.2. Formulación de las preguntas general y específicas

Pregunta General:

¿Cuál es la relación entre los hábitos orales y alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018?

Preguntas Específicas:

- ¿Cuál es la asociación entre la presencia y duración de los hábitos orales y la existencia de alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018?
- ¿Cuál es la presencia y duración de los hábitos orales de succión de pecho, uso de chupón, uso del biberón, succión digital, succión lingual y onicofagia en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018?
- ¿Cuáles son las alteraciones orofaciales relacionadas a la oclusión dentaria, labios, lengua, paladar y frenillo corto de la lengua en niños de 3 a 9 años de

edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de
Noviembre de 2017 y Marzo de 2018?

1.3. Objetivos: General y Específicos

Objetivo General:

Determinar la relación entre los hábitos orales y alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018.

Objetivos Específicos

- Analizar la asociación entre la presencia y duración de los hábitos orales y la existencia de alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018.
- Identificar la presencia y duración de los hábitos orales de succión de pecho, uso de chupón, uso del biberón, succión digital, succión lingual y onicofagia en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018.
- Identificar las alteraciones orofaciales relacionadas a la oclusión dentaria, labios, lengua, paladar y frenillo corto de la lengua en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018.

1.4. Justificación:

El presente estudio de investigación se fundamenta ya que en la literatura, hay varios estudios que relacionan las alteraciones orofaciales a la presencia de hábitos orales nocivos o deletéreos, en el sentido de éstos, en gran parte, responsables de los problemas relacionados con la Motricidad Orofacial. Esto es porque la persistencia de estos hábitos a lo largo del desarrollo infantil puede reflejar directamente en el desarrollo sensorio-motor oral, craneofacial, así como en las funciones estomatognáticas (Marchesan, 2004; Cattoni 2004, Felicio 2004)

En estos hábitos, se destaca en nuestra sociedad el uso indiscriminado de chupón y de biberón, sin duda los más frecuentes en la población infantil, lo mismo que sostienen Soncini y Dornelles (2000) en Brasil. Estos hábitos vienen despertando interés de varios profesionales del área de la motricidad orofacial y terapia de lenguaje, pues engloban aspectos relacionados a la acción de los grupos musculares en sus movimientos, en las características morfológicas y en la descripción de procesos funcionales ya citados, en patrones normales y patológicos (Bitar, 2004)

Los daños que estos hábitos pueden causar en relación con las funciones estomatognáticas también se describen en la literatura. Los hábitos de succión traen consecuencias importantes en la morfología del paladar duro, como alteraciones de oclusión, posicionamiento en reposo y movimiento de la lengua, entre otras (Bigenzahn, 2008; Cattoni 2004, Felicio 2004; Cunha, 2001; Tanigute, 1998). Todo ello nos lleva a una reflexión para poder realizar actividades y recomendaciones de prevención social antes esas consecuencias evidentes, en particular en las instituciones educativas y centros de salud donde abunda la población infantil.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

2.1.1. Antecedentes nacionales.

No existen antecedentes nacionales de este estudio por el momento.

2.1.2. Antecedentes internacionales.

Según García V., Ustrell J., Sentís J., en su trabajo titulado Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona y publicado en la revista Avances en Odontoestomatología vol.27 no.2 Madrid mar./abr. 2011, tuvieron como fundamento: La etiología de la maloclusión puede ser multifactorial y difícil de clasificar durante el desarrollo del individuo. Los objetivos del estudio son conocer las características de la maloclusión y su posible relación con las alteraciones funcionales y los hábitos orales. Métodos: Se estudió a 1.270 individuos representativos de la población escolar de Cataluña; 596 niños y 674 niñas de entre 6 y 14 años. Se obtuvo información mediante registros clínicos y cuestionarios. Se trata de un estudio observacional descriptivo mixto transversal, llevado a cabo entre 2006 y 2007 a través de un muestreo no probabilística de conveniencia. Se ha realizado el calibrado de los examinadores. Resultados: Fueron incluidos 1051 escolares con una edad media de 9,32 años. El 72,8% presenta según Angle Clase I, 19,0% y 5,2% Clase II/1 y II/2 respectivamente y 2,9% Clase III. El hábito onicofagia fue el más frecuente con un 46,4%. El mayor nivel de limitación funcional fue la hipertrofia amigdalar con un 21,2%. Existe relación estadísticamente significativa entre maloclusión sagital y tipo de

respiración y movilidad lingual y entre maloclusión horizontal y tiempo de succión digital y movilidad lingual ($p < 0,05$). Conclusiones: El diagnóstico de alteraciones funcionales y de hábitos orales puede advertir de la presencia de maloclusión.

Paredes V., y Paredes C., en su trabajo, Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos, publicado en los Anales de Pediatría de España, Volume 62, Issue 3, March 2005, Pages 261-265. Tuvieron como objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia de estos hábitos orales anómalos en una muestra de escolares valencianos, así como las alteraciones dentarias asociadas. Material y métodos: Se ha realizado un estudio sobre 1.100 escolares con edades comprendidas entre los 4 y los 11 años de edad. El examen clínico se realizó por dos observadores, un pediatra y un odontólogo, entrenados para ello, durante los meses de enero a junio de 2003 para la detección de estos hábitos anómalos. Resultados: Los resultados mostraron una distribución desigual para cada uno de los diferentes hábitos. Conclusiones: Las conclusiones de nuestro estudio fueron: a) la prevalencia encontrada de los diferentes hábitos fue del 53%; b) estos hábitos aparecen de igual manera independientemente del sexo, y c) las alteraciones de mordida abierta anterior, compresión maxilar y aumento del resalte están relacionadas con la presencia de hábitos orales, aunque sin ser estadísticamente significativo.

Según Aguilar M., Nieto I. y De la Cruz J. en su artículo de revisión publicado en la Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría de Octubre 2011, y titulado Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de ortodoncia, cuyo resumen determina que la literatura refleja la influencia de ciertos hábitos orales nocivos en el desarrollo

de las maloclusiones. Para comprobar la influencia de las unas sobre las otras y la relación entre distintas maloclusiones, se realizó un estudio descriptivo transversal de 525 historias clínicas escogidas al azar de pacientes que acudieron al servicio de Ortodoncia del Hospital San Rafael de Madrid. Se cruzaron las variables de maloclusión en los tres planos del espacio: clase I, II ó III; mordida abierta y/o sobremordida; y mordida cruzada y/o en tijera con los hábitos orales considerados nocivos: succión digital, deglución atípica, respiración oral, onicofagia... Tras el estudio estadístico de correlación de Pearson/ t de Student se concluyó que: la interposición lingual en reposo, deglución atípica, succión digital y respiración oral estaban relacionadas con la mordida abierta. Las mordidas cruzadas son más frecuentes en pacientes con clase II y III, que pacientes de clase I ósea.

Para Pipa A. y cols. en el año 2011 publicaron un estudio en la revista avances en Odontostomatología vol.27 no.3 Madrid may./jun, titulado Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol, en donde realizaron un estudio observacional descriptivo entre octubre del 2008 y abril del 2009. Se seleccionaron 368 niños de 3 a 9 años del área sanitaria de Ferrol, con el objetivo de identificar la prevalencia de maloclusión en relación con los hábitos de succión no nutritivos (HSNN), (digital, chupete, biberón) y respiración oral. También se realiza una comparación con el resto de estudios sobre el mismo tema, para poder saber cómo estamos actuando, desde el punto de vista preventivo, en la información sobre las consecuencias nocivas de los hábitos de succión no nutritivos en el desarrollo de una buena oclusión dental.

Según Carvajal, Escudero J. y Romero M. en su trabajo de investigación titulado Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las mal oclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre, en el año 2014 en Bolivia, refieren que un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regular e inconscientemente. La importancia de los Hábitos Bucales radica en el hecho de que pueden interferir con el desarrollo de la oclusión dental. Objetivo.- Determinar la prevalencia de Hábitos Bucales y su relación con las mal oclusiones en niños de edad preescolar, pertenecientes a la RED 1, de la Ciudad de Sucre. Métodos.- La presente investigación es de tipo exploratoria, descriptiva y transversal, porque mediante la observación se identificó la prevalencia de Hábitos Bucales y su relación con las mal oclusiones en niños en edad preescolar de la Ciudad de Sucre, en el que se incluyeron 263 preescolares. La detección de los diferentes Hábitos Bucales se realizó en dos etapas: 1) valoración clínica odontológica del niño y 2) entrevista a cada papá de los niños incluidos en el estudio. Resultados.- El 39 % de la población estudiada presentó, al menos, un Hábito Bucal. El grupo etario donde se encontró un elevado número de casos con algún tipo de Hábitos corresponde al de 5 años de edad presentando un 34%. El hábito de mayor frecuencia fue la respiración bucal con un 48% y deglución atípica con un 45%. La prevalencia según el tipo de dentición con mal oclusión fue del 56 % en la dentición mixta tardía. El tipo de mal oclusión de mayor prevalencia presente fue el apiñamiento dentario con el 24%. Conclusiones.- Los Hábitos Bucales modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

Para Martínez, H., Garza G., y Martínez R. en su artículo de revisión titulado Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila y publicado en México en la revista *Odontol Pediatr* Vol 10 N° 1 Enero- Junio el 2011, refieren que los hábitos orales de succión, chupón o mamila, pueden modificar el desarrollo orofacial normal, originando deformaciones dentoesceléticas, además de problemas psicológicos, emocionales, de aprendizaje y de otros aparatos y sistemas (respiratorio, digestivo, entre otros). La incidencia elevada de estos hábitos y de maloclusiones indica la necesidad que el profesional de salud bucal sea competente para detectar malos hábitos y algunos signos de anomalías dentomaxilares en forma temprana, ya que mientras sean detectadas a tiempo, menor será el daño que provoquen.

Aguilar M.; Villaizá, C.; Nieto, I. en su artículo publicado en la Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria en el año 2009, con el título Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar, hacen referencia que la maloclusión es la tercera afección más frecuente del desarrollo bucofacial (1). Debido a su prevalencia es importante prevenir aquellas maloclusiones adquiridas por malos hábitos en la infancia. Los objetivos del presente trabajo son conocer la frecuencia y grado de maloclusión que presenta nuestra población, así como conocer la frecuencia de los hábitos orales que se consideran factores etiológicos de maloclusión. Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre 1220 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre 6 y 12 años escolarizados en colegios públicos de ámbito rural de la provincia de Toledo (España). Una odontóloga y una higienista hicieron una revisión completa anotando los hábitos orales y las maloclusiones que estos escolares presentaban tras obtener el consentimiento informado

firmado de los padres y/o tutores. Los resultados son: frecuencia de maloclusión 23,49 %; frecuencia de hábitos orales anómalos por orden de frecuencia: onicofagia 44,4%, respiración oral 37,2%, succión digital 3,9% y deglución atípica 3,1%.

Según Frnaco V., y Gorritxo B. en su artículo publicado en los anales de pediatría Volume 77, Issue 6, December del 2012 y titulado Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz, mencionan que los hábitos de succión no nutritiva constituyen una actividad fisiológica durante los primeros meses de vida del niño, pero si se mantienen pueden afectar el desarrollo de la oclusión dentaria. El objetivo del presente trabajo ha sido conocer en una muestra de niños escolares la frecuencia del hábito de succión del chupete, su papel en la génesis de maloclusiones dentales en la dentición temporal y realizar un seguimiento de estas alteraciones hasta la siguiente fase de la dentición (dentición mixta). Material y métodos: Se ha realizado un estudio epidemiológico longitudinal sobre una muestra de 225 niños de edades comprendidas entre los 2 y los 10 años en la comunidad autónoma vasca. Los datos se han obtenido mediante un cuestionario de hábitos dirigido a los padres y las exploraciones clínicas realizadas a los niños, registrando la presencia de alteraciones en la oclusión como: mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. Resultados: Se ha encontrado un incremento significativo de las maloclusiones estudiadas en dentición temporal en los niños que mantenían el hábito de succión del chupete. Las mordidas abiertas anteriores mejoraban al abandonar el hábito tempranamente; sin embargo, las mordidas cruzadas posteriores se mantenían o empeoraron, aunque se había producido el abandono del hábito de succión. Conclusiones: El hábito

de succión del chupete influye en el desarrollo de la dentición por lo que se hace necesario la detección precoz de las alteraciones que se presenten con el fin de prevenir la instauración de maloclusiones dentales.

Para Buitrago, A. y cols. en su trabajo de investigación titulado Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años y publicado en la revista Colombiana de investigación en odontología Vol. 4, Núm. 10 (2013), tienen por objetivo de determinar la prevalencia de maloclusiones y su relación con hábitos orales. Métodos. Estudio retrospectivo, se revisaron 101 historias clínicas de niños entre 4-11 años que iniciaron tratamiento de ortopedia. Las variables registradas fueron maloclusión esquelética, relación molar, mordida abierta, profunda, cruzada posterior y en tijera, overjet aumentado, borde a borde e invertido y hábitos orales. Para determinar asociación entre las variables se aplicó la prueba de Chi². Las hipótesis se probaron a un nivel de significancia $p \leq 0.05$. Resultados. La prevalencia de hábitos orales fue 86,1%, los más frecuentes empuje lingual y deglución atípica (78,2%). Las maloclusiones más comunes fueron Clase III esquelética (50,5%), Clase II molar (49,5%), mordida profunda (60,6%) y overjet aumentado (34,7%). Se observó maloclusión Clase III esquelética y presencia de hábitos en 94,1%. La mordida cruzada posterior se presentó con patrón de crecimiento vertical en 72,7%, y con empuje lingual y deglución atípica (90,9%). Se presentó asociación significativa entre maloclusión esquelética Clase III y empuje lingual ($p=0,036$) y deglución atípica ($p=0,008$); Clase III molar y deglución atípica ($p=0,036$); mordida abierta y succión digital ($p=0,005$) y empuje lingual ($p=0,016$); overjet borde a borde y deglución atípica y empuje lingual ($p=0,007$); presencia de hábito con maloclusión borde a borde

e invertido ($p=0,008$). Conclusión. La prevalencia de maloclusiones y hábitos orales fue alta y con asociación entre maloclusión Clase III esquelética con empuje lingual y deglución atípica; Clase III molar con deglución atípica; mordida abierta anterior con interposición lingual y succión digital; over-jet borde a borde con empuje lingual y deglución atípica.

2.2. Bases teóricas.

2.1.1. Alimentación del niño y las funciones del sistema estomatognático

La alimentación constituye una necesidad básica de los seres vivos, de la cual depende la supervivencia y el desarrollo, siendo, en el caso del niño, objetivo privilegiado de la atención de los progenitores. El ser humano es una de las especies más dependientes de sus semejantes en el momento del nacimiento. En este proceso de alimentación inicial del niño se destaca la lactancia materna, un mecanismo de supervivencia típico de los mamíferos y cultivado por los seres humanos, que cada vez es más reconocido por los autores de la especialidad como fundamental para el desarrollo del niño, y también para el bien de la madre:

"Cuando el bebé nace se le ofrece el seno materno, lo que le proporciona más que una nutrición por permitir la continuidad del vínculo existente entre madre e hijo desde el útero. Mientras el bebé aspira el seno materno, oye el ritmo cardiaco de la madre, su respiración el sonido de su voz, sensaciones que le son familiares y que le causan bienestar, consagrando una relación de afecto y cariño, tan importante para el buen desarrollo emocional del niño "(Cunha, 2001, pp 6).

A pesar de algunas dificultades encontradas en esta tarea materna (problemas fisiológicos por parte de la madre, contrariedades por parte del hijo, opciones personales de la madre por motivos estéticos y profesionales ...), parece "indiscutible la importancia de la lactancia materna para el desarrollo y la salud del hombre, que es una ventaja nutricional, inmunológica, económica, ecológica y psicológica" (Araújo, Silva y Coutinho, 2007, pp 60).

Es notable inversión de las políticas de salud en Portugal por ejemplo (y en todo el mundo), la sensibilización y apoyo a las madres con el fin de no descuidar este tipo de alimentar a sus bebés. En el caso de las mujeres, las mujeres y las mujeres, en el caso de las madres, en el caso de las madres, y sus familias, brindan apoyo para que cada mujer consiga amamantar a su hijo) presentes en muchas instituciones de salud del país (ver Dirección General de Salud en: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>).

Centramos el análisis en la relación entre la lactancia materna y sus implicaciones en el sistema estomatognático, sin menospreciar las razones de contenido psicológico y relacional para madre e hijo, así como otros motivos a nivel de atención primaria de salud (de orden inmunológico y bienestar fisiológico para el bebé y la madre), o fundamentos de tipo económico-social:

"La lactancia materna, además de los beneficios nutricionales, inmunológicos y emocionales ampliamente divulgados en la literatura, también tiene efecto positivo para la fonoaudiología, ya que se encuentra íntimamente relacionado al crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático. El seno materno funciona como aparato ortodóntico natural. Al aspirar, el bebé coloca la lengua en la posición correcta dentro de la boca y hace una verdadera "ordeño" del pico del seno. Las arcadas (aún sin dientes), mejillas y lengua se mueven armoniosamente y toda la función

neuromuscular de la boca se desarrolla de forma equilibrada "(Bervian, Fontana y Caus, 2008, pp 76).

En este marco, es importante prestar atención al sistema estomatognático ya su conjunto de funciones. El sistema estomatognático está constituido por el sistema nervioso central, mandíbula, mandíbula, articulaciones temporo-mandibulares, dientes y periodonto, músculos de la masticación, glándulas salivares y elementos linfáticos, vasculares y nerviosos; las principales funciones son: masticación, deglución, respiración, registro de las sensaciones, la fonación y el habla. En vista de su importancia para las cuestiones del habla y de la ortodoncia, se identifican dos tipos de componentes del aparato estomatognático: la estructura ósea (estática), compuesta por el cráneo, la cara y la cavidad oral; y la estructura dinámica, que comprende los músculos de expresión, de la masticación, de la lengua, del velo palatino, faríngeos y de la cintura escapular (González, 2000^a, pps 1-7).

El sistema estomatognático es responsable de un conjunto de funciones, para las cuales los procesos de alimentación del niño, con ventajas para la lactancia materna inicial (Medeiros y Bernardi, 2011, pp 73), son elementos fundamentales para su desarrollo adecuado. Estos procesos alimentarios de succión y de deglución presentes en la vida inicial del niño se traduce en actividades complejas, en particular si asociamos la coordinación de la respiración. Sin embargo, la introducción posterior de la masticación hace el escenario más complejo, ya que, con la maduración "hay la disociación de los movimientos de la mandíbula, labios y lengua, que funcionarán como estructuras distintas" (Araújo, Silva y Coutinho, 2007, pp 63).

Es en este marco de desarrollo integrado y de creciente complejidad de las estructuras orofaciales que se va produciendo el lenguaje, voz y habla del niño. En este proceso, algunos sistemas asumen una pertinencia específica (respiratorio,

fonatorio, de resonancia, de articulación y auditivo) como "sistemas necesarios para la producción y control de la voz humana, esenciales para el conocimiento de la voz 'normal' y 'patológica' (Guimarães , 2007, pp 5)

Si un análisis detallado de estos sistemas es fundamental para comprender el proceso global de producción de la voz y del habla, en el caso de esta investigación, vamos a centrar la atención en el sistema orofacial y en la cavidad oral. El sistema orofacial está compuesto por las siguientes estructuras anatómicas: labios, mejillas, dientes, lengua, mandíbula, maxilar superior, paladar duro, paladar blando, úvula, cavidad nasal y faringe. La cavidad oral (o bucal) es el espacio comprendido entre los labios y las mejillas, en la parte anterior externa, el paladar duro y paladar blando, en la parte superior, el arco palatal, en la parte posterior, y la mandíbula y lengua, en la inferior.

El funcionamiento de las estructuras orofaciales, aisladamente o en conjunto, se encuentra dependiente "de la interrelación entre diferentes conexiones neuronales realizadas por el sistema nervioso central, existiendo una programación neuromuscular que determina lo que podemos denominar 'memoria neuromuscular' específica para cada función" (Berretin-Felix et al, 2008, pp 91). Del funcionamiento de estas estructuras se producen complejas funciones neuromusculares localizadas en la cavidad oral, a saber: la respiración, la succión, la masticación, la deglución y el habla. La realización de estas funciones depende de las respetadas estructuras anatómicas, existiendo interdependencia oriunda de su proximidad: "cuando una funciona bien, las otras también funcionaron normalmente. Por otro lado, cuando una función está alterada, esto repercutirá en las otras, alterándolas "(Cunha, 2001, pps 3-4).

Respiración:

La respiración constituye una condición básica para la supervivencia del hombre y se inicia en el momento del nacimiento. El tracto respiratorio se divide generalmente en un tracto respiratorio superior (nariz y boca) e inferior (tráquea, bronquios y pulmones). Las cavidades nasal, oral, faríngea y laríngea (que constituyen el tracto respiratorio superior, el más relevante en este estudio), "además de tener un papel muy importante en el proceso respiratorio, participan también en los procesos de masticación, deglución, fonación, resonancia y articulación" (Guimarães, 2007, pp 6). Se han identificado tres tipos de respiración:

- Respiración nasal, en la que el individuo mantiene los labios cerrados y el aire pasa a través de las vías aéreas superiores;
- Respiración oral (o bucal), cuando no se utiliza la cavidad nasal para la circulación del aire;
- Respiración mixta, que ocurre cuando el paso del aire es hecho simultáneamente por la cavidad oral y la cavidad nasal.

El modo "normal" de respiración, aquel que contribuye a un desarrollo adecuado del sistema estomatognático, es la respiración nasal, permitiendo "el crecimiento y desarrollo craneofacial equilibrado, principalmente en cuanto al desarrollo del maxilar, al crecimiento vertical de la cara, la configuración del paladar y el establecimiento de la oclusión" (Berretin-Felix et al, 2008, pp 92).

Succión

La succión, como capacidad para extraer la leche del seno materno o su sustituto, constituye una de las primeras funciones de la cavidad oral que asegura la supervivencia de cualquier ser humano. Se trata de un reflejo innato desencadenado por el contacto de los labios del bebé con el pezón, con otras partes del cuerpo o incluso con objetos:

"En la 16ª semana (de la vida intrauterina) se observa el inicio de movimientos de respiración y luego los reflejos de náusea y vómito. La succión se observa a partir de la 29ª semana, pero sólo en la 32ª se presenta coordinada con la deglución, siendo que al nacimiento todos los reflejos ya estarán listos para que se garantice la succión y, consecuentemente, la supervivencia del recién nacido " (Degan, 2004ª pp 13).

Teniendo en cuenta el objetivo y la función nutricional de la succión, podemos distinguir dos tipos (Degan, 2004b):

- La succión nutritiva, que asegura la nutrición del niño, incluye la lactancia natural (a través de la mama) y la lactancia artificial (a través de un objeto que no sea la mama, por ejemplo, el biberón);
- Succión no nutritiva, que no tiene carácter nutricional, caracterizada por la succión del chupete, dedos, labios, lengua y otros objetos.

La succión nutritiva, por vía específica de la lactancia materna, presenta un conjunto de ventajas para el niño y para la madre. En una perspectiva de desarrollo

del sistema estomatognático y de algunas de sus funciones básicas, he aquí las explicaciones sobre el tema:

"La succión en el pecho es un estímulo que propicia el correcto establecimiento de la respiración nasal, ya que en la lactancia las funciones orofaciales son perfectas: labios cerrados, postura correcta de la lengua, patrón respiratorio (nasal); La mandíbula se estabiliza, la punta de la lengua se coloca encima y detrás de los incisivos en el paladar, sólo hay un sellado pasivo de los labios. La lactancia materna permite el ejercicio necesario para el desarrollo del sistema estomatognático, ya que algunos de los músculos masticatorios (temporal, pterigoideo lateral, milo-hioideo) inician su maduración y colocación "(Bervian, Fontana y Caus, 2008, pp 79)

Para que la alimentación del recién nacido ocurra en seguridad es necesaria la existencia de dos tipos de reflejos orales (Degan, 2004^a pp 14):

- a) los reflejos de respuestas de alimentación - el reflejo de la demanda, de Rooting o de los cuatro puntos cardinales (desencadenado por estimulación de la región perioral, comisuras labiales, labio superior y labio inferior) y el reflejo de succión (desencadenado por estimulación de la punta de la lengua y de la papila palatina);
- b) y los reflejos de protección a la deglución - el reflejo de mordida (desencadenado por estimulación de la región interna y externa de la encía, provocando el cierre de la mandíbula) y el reflejo de vómito (desencadenado por estimulación del paladar blando y úvula).

La succión no nutritiva, especialmente en la perspectiva de la adquisición de determinados hábitos orales, será objeto de análisis en el punto siguiente de esta tesis, ya que constituye uno de los objetivos nucleares de esta investigación.

Masticación

El objetivo principal de esta función consiste en la fragmentación de los alimentos ingeridos en partículas cada vez más pequeñas, permitiendo su posterior deglución y digestión. En el presente trabajo se analizan los resultados de la evaluación de los resultados obtenidos en el estudio de la calidad de los alimentos, partículas más pequeñas). Se trata de una actividad neuromuscular compleja en la que se coordinan los movimientos rítmicos y armoniosos de la mandíbula con el cierre de los labios, a través de la acción del músculo orbicular de los labios y la presión indispensable de los músculos de las mejillas, los bucinadores. Su desarrollo exige la maduración del sistema estomatognático en conjunción con la introducción de una dieta diferente, no ocurriendo en los primeros meses de vida del niño, en que la alimentación es asegurada por los procesos de succión y de deglución:

"Después de los seis meses de edad, el uso exclusivo de la leche materna no satisface todas las necesidades nutricionales, siendo necesaria la introducción de alimentos complementarios. En esta fase, hay una maduración de las funciones orales y con cambio en el patrón de movimiento de la lengua, lo que permite la introducción de alimento más espeso, favoreciendo el desarrollo de la masticación y, consecuentemente, estímulos que promueven el crecimiento óseo y cambios en la musculatura orofacial, que favorece el equilibrio de las estructuras para alcanzar la

armonía facial y el desarrollo de los órganos del habla "(Berretin-Felix et al, 2008, pp 94).

Para potenciar el correcto desarrollo del sistema estomatognático y de las funciones asociadas, esencialmente después de la erupción dental del niño, se hace necesaria una masticación eficiente, que supone la adecuada y progresiva integración de alimentos espesos y sólidos, combinados con movimientos adecuados de masticación, en particular en términos de bilateralidad y equilibrio (teniendo en cuenta ciclos de masticación de un lado a otro de la boca).

"A partir del séptimo mes de vida surgen los movimientos de la masticación, que se comparan con los movimientos iniciales de la marcha, mal coordinados y dirigidos. En esta etapa, ocurren los movimientos de aproximación y distanciamiento de la mandíbula en relación a la mandíbula y, a partir de un año, aproximadamente, la masticación se vuelve más efectiva, especialmente en razón del inicio de la erupción dental. El ejercicio masticatorio se muestra, de esta forma, importantísimo en el mantenimiento de la salud bucal como un todo. Por lo tanto, el sistema estomatognático puede no desarrollarse adecuadamente si el niño no mastique" (Bervian, Fontana y Caus, 2008, pp 78).

Deglución

La deglución es un proceso neuromuscular complejo, a través del cual el bolo alimentario o la saliva son transportados desde la cavidad oral, pasando por la faringe y el esófago y finalmente llegan al estómago. Se trata de una función biológica básica, ocurriendo de forma voluntaria o refleja, que puede ser observada a partir de

la décima semana de la vida fetal (Zemlin, 2000 pp. 299). En este proceso podemos identificar tres fases (Botelho y Silva, 2003):

- a) la fase oral, voluntaria (aunque realizada de forma inconsciente), ocurre en la cavidad oral con la participación activa de la mandíbula, lengua, labios y mejillas;
- b) la fase faríngea, involuntaria, ocurre en el paso de los alimentos de la cavidad oral a la parte inferior de la faringe;
- c) la fase esofágica, refleja, se da en el esófago, con el paso del bolo alimentario de la parte inferior de la faringe hacia el esófago y de éste, con la contracción del canal alimentario, hacia el estómago. A lo largo de la vida del ser humano van ocurriendo alteraciones en el proceso de deglución. En el período neonatal el recién nacido presenta una deglución infantil (o neonatal), caracterizada por la interposición de la lengua entre las arcadas, las cuales "muerden" la lengua; en consecuencia, la contracción de la musculatura perioral es inevitable, pudiendo surgir la mímica perioral característica de esta fase. A medida que el crecimiento del sistema estomatognático ocurre, el proceso de la deglución se va adaptando a las nuevas dimensiones de las estructuras involucradas. De este modo, la deglución comienza a ganar características de la deglución adulta, una vez que comienza a surgir el apoyo de la lengua en el paladar duro y la oclusión de los labios y de las arcadas dentales disminuyen la presencia de la mímica perioral.

Las dificultades encontradas en la deglución del niño se manifiestan en la disfagia y en la deglución atípica. Botelho y Silva se expresan así sobre la cuestión de la disfagia en el niño:

"En el recién nacido la disfagia oral generalmente se presenta como succión débil, que puede ser primariamente causada por anormalidades estructurales o funcionales, como la alteración que los recién nacidos prematuros presentan debido a la inmadurez en el mecanismo de succión. Las anormalidades de la función faríngea llevan a la dificultad de alimentación caracterizada por el engasgo, tos, náusea, regurgitación, reflujo faringonasal, bajo aumento ponderal, "distress" respiratorio y aspiración, que ocurren más en la ingestión de líquidos. La disfagia funcional aspirativa es el trastorno de deglución más temido, provocado por la aspiración, que es el paso de material debajo de los pliegues vocales, pudiendo ocurrir en las siguientes situaciones: antes de la fase faríngea, durante la fase faríngea y después de la fase faríngea (2003, pp 278).

La deglución atípica se verifica cuando hay cambios en la maduración de este proceso, siendo caracterizada por una presión inadecuada de la lengua contra los arcos dentales, o interposición lingual entre los arcos dentales (anterior o lateral), durante la deglución. La presencia de mímicas periorales durante la deglución, debido a la interposición de la lengua y posición baja (en el suelo de la boca) en reposo o en la deglución.

La atención a posibles situaciones de disfagia en recién nacidos comienza a ser cada vez más valorada en algunos países, en particular a través de la intervención de equipos multidisciplinares, con la contribución del terapeuta del habla (Santoro, 2008). Speyer, Baijens, Heijnen y Zwijnenberg (2010), en una revisión reciente de

literatura (y de meta análisis sobre la base de 59 artículos científicos), son cautelosos con respecto a la evidencia científica de los artículos sobre el papel de la terapia del habla en el tratamiento de la disfagia. Sin embargo, reconocen efectos positivos en este tipo de intervención y asumen la necesidad de más investigación para fortalecer las conclusiones:

"En vista de la heterogeneidad de los diseños y las terapias del estudio, así como de los evidentes problemas metodológicos, no fue posible el agrupamiento estadístico de los datos para esta revisión. Aun así, resumir la literatura sobre los efectos de la terapia de la disfagia aplicada por los terapeutas del habla y del lenguaje da la impresión general de que la mayoría de las intervenciones tienen un resultado positivo en la terapia. Sin embargo, el número de artículos basados en evidencia es bastante bajo y muchos estudios tienen problemas metodológicos "(2010, pp 62).

Se busca intervenir en las primeras dificultades presentadas por el bebé en términos de respiración y de alimentación, evaluando, con recurso a la videoendoscopia (Paula et al., 2002, pp 92), la deglución del niño en las primeras horas y días de vida. La Sociedad Brasileña de Fonoaudiología nos da cuenta de un número significativo de hospitales que "inserta el fonoaudiólogo en su equipo multiprofesional en la UTI Neonatal, debido a la comprobación científica de la obtención de la succión y deglución de forma eficiente y segura después del establecimiento del programa de estimulación, prevención y diagnóstico de los trastornos de la deglución en los recién nacidos" (2008, pp 7).

La maduración y el desarrollo adecuados del sistema estomatognático implican el ejercicio correcto de las diversas funciones que describimos: respiración, succión, masticación y deglución. No siempre estas funciones se efectúan de manera apropiada, dando lugar a situaciones perjudiciales al desarrollo del sistema,

provocando alteraciones orofaciales y perturbaciones del habla, como es el caso de determinados hábitos orales, a los que a continuación daremos atención.

2.1.2. Hábitos de succión y otros hábitos orales

En la mayoría de los casos, los hábitos de succión del seno materno, del biberón, de los dedos, de la lengua y de otros objetos, son varios los hábitos orales señalados como actores en la alteración de las estructuras orofaciales y en las perturbaciones del habla, con la literatura de la especialidad a destacar los hábitos de succión del seno materno, del chupete, del biberón, y en el caso de las mujeres, los hábitos son comportamientos que, practicados repetidamente, se vuelven inconscientes e incorporados en la personalidad, son agradables, traen satisfacción y placer al individuo, siendo, sin embargo, importante separar los hábitos normales y deseables de los hábitos nocivos e indeseables (Vasconcelos et al., 2009).

Si la succión del seno materno se entiende como un hábito con fines nutritivos beneficiosos para el desarrollo del niño y de las estructuras orofaciales, los restantes hábitos de succión (chupete, biberón, dedos, lengua y otros objetos), no nutritivos (a excepción del biberón cuando se utiliza en la estricta función de alimentación), se ven como perjudiciales, en particular si se producen de forma sistemática y prolongada.

Lactancia materna

Son varios los estudios que apuntan a las ventajas de la lactancia materna y del correspondiente proceso de succión para el desarrollo adecuado del sistema estomatognático, reduciendo así la aparición de alteraciones orofaciales nocivas. La succión del seno materno proporciona un correcto funcionamiento de la respiración

nasal, del posicionamiento adecuado de los labios y de la lengua, de la automatización del proceso de deglución y del desarrollo del tono muscular necesario para la aparición de la masticación (Bervian, Fontana y Caus, 2008).

Además de los beneficios nutricionales, inmunológicos, nutricionales y de desarrollo del sistema estomatognático, el reflejo de succión del seno materno también ofrece al bebé la satisfacción de la necesidad psicológica de la succión, continuando aspirando el seno materno incluso después de haber alimentado lo suficiente (Pasos y Frias-Bulhosa, 2010, Rodrigues, Bolini y Minarelli-Gaspar, 2006). Cuando esto no sucede, el niño manifiesta su insatisfacción (llora) buscando otros objetos de sustitución que le puedan ser ofrecidos, en el caso del chupete, o que la propia descubre (dedos, labios, lengua, juguetes y otros). Por lo tanto, cuanto más tiempo el niño sea amamantado al pecho menos posibilidades tiene que venir a adquirir hábitos de succión no nutritivos (Bervian, Fontana y Caus, 2008; Ferreira et al., 2010, Lamounier, 2003).

Biberón

Por motivos de orden fisiológico y de salud de la madre, tanto por razones de estilo de vida, personalidad o falta de adecuada información, es frecuente la utilización del biberón como sustituto de la lactancia materna (Cunha, 2001. pps 11-12). Las desventajas de esta lactancia artificial, en comparación con el materno, ocurren a varios niveles: nutricional, psicológico, músculos involucrados, fisiología inmunológica, dinámica muscular y esfuerzo, crecimiento óseo-mandibular, succión, flujo de leche (Casagrande et al., 2008). Para ilustrar este análisis, atente en la siguiente descripción:

"El bebé extrae cierta cantidad de líquido y empuja el pico del biberón contra el paladar con la parte posterior de la lengua a fin de interrumpir el flujo de leche. Para compensar la presión negativa creada dentro del biberón, la cual impide la salida de la leche, el bebé afloja los labios, permitiendo que el aire entre en el biberón. En este mecanismo, los movimientos de la lengua no son los fisiológicos y la musculatura facial se utiliza de forma incorrecta, pudiendo perjudicar el desarrollo y el desempeño del aparato estomatognático, además de haber una mayor probabilidad de que el niño se convierta en un respirador bucal" (Casagrande et al, 2008, pp 14).

Además de estas desventajas (de tipo fisiológico), el biberón, dado su uso más rápido (con mayor flujo de leche en el seno materno), lleva a la sensación de satisfacción alimentar, pero no a la plenitud de la satisfacción de la succión emocional. En consecuencia, el niño procurará que la succión continúe con el chupete, los dedos u otro tipo de succión no nutritiva (Boni, 2004, Silva, 2006), así como con el propio biberón usando la tetina como chupón.

La sustitución de la lactancia por el biberón y su utilización sistemática y duradera conduce a que este hábito de succión pueda interferir en el desarrollo natural de las estructuras orofaciales y en las perturbaciones del habla (Bertoldi, Felicio y Matsumoto, 2005; Silva, 2006; Pasos y Frías -Bulhosa, 2010).

Chupón

El chupón es el más conocido objeto ligado al hábito de succión del niño y, eventualmente, el símbolo que más se asocia al bebé: el chupete forma parte del ajuar que la embarazada lleva a la maternidad; se encuentra a menudo colgando desde el nacimiento en la vestimenta del bebé; es considerada como "remedio" para el llanto y

malestar del niño; sirve de juguete para estimular al bebé. Es decir, existe (en las sociedades occidentales) un conjunto de representaciones sociales sobre el chupón que pasan por nociones como: "el chupón simboliza al niño", "el chupón es un calmante para el niño y una ayuda para la madre", "el chupón simboliza al niño" el uso del chupón es pasado de generación en generación "(Sertorio e Silva, 2005).

Además de esta connotación simbólica y de las representaciones sociales que soportan las ventajas del uso del chupón, también, desde el punto de vista clínico, hay quien defiende su oferta al bebé. Por ejemplo, el uso del chupón es aconsejado por varios autores (Hauck, Omojokun y Siadaty, 2005, Mitchell, Blair y L'Hoir, 2006), así como por la American Academy of Pediatrics, que apuntan este uso (en el curso del sueño) como mecanismo importante para la reducción del riesgo del síndrome de muerte súbita durante los primeros días de vida del recién nacido (O'Connor et al., 2009). Sin embargo, se reconoce que el uso del chupón en un bebé antes de las 4/6 semanas de vida, impidiendo que la succión se haga sólo en el seno de la madre, interfiere en el proceso de lactancia materna (O'Connor et al., 2009; y en el caso de las mujeres.

Este es un área de investigación que necesita una mayor clarificación, aunque se reconoce que su introducción temprana y el uso demasiado prolongado traen inconvenientes:

- a) porque el hábito de usar el chupete se encuentra asociado al destete precoz (Degan, 2004c, Lamounier, (2003), Neiva et al., 2003) impidiendo la continuación de los beneficios inherentes a la lactancia materna;
- b) porque puede interferir directamente en el desencadenamiento de malformaciones orofaciales, en particular al nivel de la arcada dental (Araújo, Silva y Coutinho, 2007; Bertoldi, Felício y Matsumoto, 2005;

Gimenez et al., 2008; Kobayashi et al, 2008; y Frias-Bulhosa, 2010, Rochelle et al., 2010). Conviene tener presente que el tipo de chupón utilizado (tal como el tipo de tetina del biberón) no es indiferente, con algunos modelos (chupón ortodóntico) y materiales de confección más adecuados a la anatomía del niño a causar menos problemas, sin embargo los resultados de estos estudios no fueron concluidos (Cunha, 2001; Mesonmo y Losso, 2004; Passos y Frias-Bulhosa, 2010; Zardetto, Rodrigues y Stefani, 2002).

Son varios los autores que, en perspectiva de la no interferencia en el desarrollo orofacial normal, defienden que el niño deberá abandonar el chupón (y otros hábitos de succión) a partir de los dos años de edad (Degan, 2004d; Cunha, 2001, pp 34; Passos y Frias-Bulhosa, 2010; Silva, 2006; Mesomo y Losso, 2004; Rodrigues, Bolini y Minarelli-Gaspar (2006), Santos et al., 2007; 2006; Warren et al., 2001)

Succión digital

La succión de los dedos, en particular del pulgar, constituye un hábito de succión no nutritiva frecuente en los niños que, a diferencia del chupón, no se deriva del ofrecimiento del adulto. En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de hambre, que pueden llevar al niño a colocar el dedo en la boca (reflejo de succión), la no satisfacción del mecanismo de succión en el seno materno y su sustitución por el dedo (Cunha, 2001, pps 37-38) u otras razones de contenido psicológico y emocional como la inseguridad, el nacimiento de un hermano, la

separación de los padres y las situaciones de cambio en el contexto familiar (Tanaka et al., 2004, pp 277). Se trata de un hábito cuya persistencia interfiere en el desarrollo adecuado de las estructuras orofaciales, en particular de la arcada dental, del paladar y de la lengua (Gimenez et al., 2008; Kobayashi et al., 2008; Pasos y Frias-Bulhosa, 2010; Tanaka et al., 2004).

Succión lingual

En comparación con el chupón y el dedo, la succión de la lengua constituye un hábito menos frecuente en el comportamiento del niño, aunque puede provocar la extensión de la lengua, presionar la arcada dental superior y estar relacionada con el sigmatismo. En este sentido, González menciona lo siguiente:

"Algunos niños son verdaderos expertos en el arte de succión de la lengua. Suelen realizar una fuerte succión con la punta de la lengua contra el paladar duro, de modo que la punta lingual quede posicionada hacia atrás, como un sobre. Este tipo de hábito provoca la ampliación de la lengua y sigmatismo lateral" (2000c, pp 45).

La succión lingual puede asociarse a situaciones de anteriorización/proyección/interposición de la lengua (cuando el niño coloca la lengua en una posición más anterior de lo normal, colocándola entre los dientes incisivos superiores e inferiores), interfiriendo con la correcta postura de la mandíbula, deglución y articulación de los fonemas (Bertoldi, Felício y Matsumoto, 2005; Gimenez et al., 2008; González, 2000c).

Otros hábitos orales

Además de los hábitos orales señalados anteriormente, otros, también nocivos, pueden ser encontrados en el comportamiento de los niños: succión labial, succión de las mejillas, succión de la manta, de la sábana y de la funda, morder los labios, morder objetos, bruxismo (crujir los dientes) y onicofagia. Por su frecuencia y prevalencia a lo largo de los años, la onicofagia (roer las uñas) merece una nota particular.

La onicofagia es el hábito de roer las uñas que puede ocurrir alrededor de los 4/5 años de edad, siendo apuntadas cuestiones de tipo emocional (ansiedad, frustración, tensión) como estando en su origen; este hábito puede perdurar a lo largo de la vida del individuo e interferir en la arcada dentaria (Cunha, 2001, pp 43: Gimenez et al., 2008), sin embargo este último aspecto no siempre sea evaluado (Vasconcelos et al., 2009).

Respiración oral

La respiración oral (o predominantemente oral) no constituye propiamente un hábito oral en el sentido en que los hemos venido a presentar, dada su origen multifactorial, en particular en términos de "predisposición anatómica" y de varias patologías (como la obstrucción nasal) (Pasos y Frias-Bulhosa, 2010, pp 124). Sin embargo, este tipo de respiración puede ser desencadenado y agravado por hábitos orales nocivos, como el chupete y la succión digital. En este sentido, se trata de un comportamiento que se encuentra asociado a diversas alteraciones orofaciales a nivel de la cara, lengua, labios, paladar, arcada dental, mejillas, mandíbula, así como a otras alteraciones fisiológicas relacionadas con la postura del cuerpo (Andrade et al., 2005; Cunha, 2001, pp 47-54; MArchesan, 1998; Martinelli et al. 2011). Además de

las implicaciones en la alteración del habla y de la voz, la respiración oral interfiere con otras áreas de la salud, del comportamiento y del bienestar del individuo (Menezes, Tavares y Granville-García, 2009).

2.1.3. Alteraciones orofaciales y hábitos orales.

Los hábitos orales nocivos que describimos son potenciales causantes de alteraciones orofaciales. Sin embargo, no se trata de una etiología de tipo lineal y automático: el uso del chupón no causa necesariamente una mala oclusión dental. Es necesario tener en cuenta la frecuencia, la intensidad y la duración (prolongada) del hábito, así como, en muchas situaciones, la predisposición genética. Cuando estas condiciones se encuentran presentes, tenemos fuertes probabilidades de que los hábitos orales nocivos interfieran en el desarrollo correcto de las estructuras orofaciales causando perturbaciones en el habla del niño.

En este sentido, todos los individuos tienen características físicas propias, sucediendo lo mismo con respecto a la morfología de la cabeza y la cara. El código genético determinará el perfil anatómico de cada uno, lo que, en situaciones adversas como las que pueden derivarse de la prevalencia de hábitos orales nocivos, puede ser objeto de alteraciones diversificadas. Uno de los componentes del sistema estomatognático sobre el que nuestro estudio se centra es la cara. Un análisis más riguroso nos permite identificar diferencias muy significativas entre los individuos, como las descritas por Lopes, teniendo en cuenta los tres tipos faciales propuestos:

- Ortognático - perfil normal, con buena relación entre los maxilares;
- Retrognático - perfil de aspecto convexo, con la mandíbula en retrusión respecto a las regiones faciales media y superior;

- Prognático - perfil de aspecto cóncavo con mandíbula proyectada anteriormente con respecto a las regiones faciales media y superior (Lopes, 2000a: 29).

Por lo tanto, aunque el sujeto no constituya objeto de análisis de este estudio, no se puede devaluar la relación entre el tipo facial y su caracterización funcional, y las consecuentes interferencias en la masticación, deglución y habla (Bianchini, 2005).

Teniendo en cuenta los hábitos orales analizados, centrándonos en un conjunto de alteraciones orofaciales a las que estos hábitos se encuentran ligados y que pueden interferir en el desarrollo del lenguaje y habla del niño. Nos referimos a alteraciones orofaciales a nivel de la arcada dental, de los labios, de la lengua y del paladar.

Aunque pasemos a describir estos cambios de forma separada y autónoma, conviene tener presente que, desde el punto de vista etiológico y funcional, los cambios en la arcada dental, en los labios, en la lengua y en el paladar, se encuentran a menudo conexos e interdependientes y, también los diagnósticos de las perturbaciones del habla que se derivan deben tener en cuenta este hecho.

Arcada dental

La arcada dental es la estructura orofacial que más se encuentra expuesta a las presiones de los hábitos orales nocivos descritos. Cuando hacemos el cierre de la mandíbula, los dientes de la arcada dental superior e inferior se aproximan verificando el cierre de la cavidad oral. Esta fase de reposo de las caras masticatorias

de los dientes superiores e inferiores originando un contacto total o parcial se denomina oclusión (Zemlin, 2000). "En la práctica, el término pasó a incluir la alineación de los dientes en los arcos dentales opuestos, la relación entre los arcos superiores e inferiores, así como el posicionamiento de cada diente" (Zemlin, 2000, pp 266). Este mecanismo no siempre ocurre de forma armoniosa y equilibrada entre las estructuras involucradas verificándose, en algunas situaciones, una desviación en la oclusión normal. Esta situación, denominada mala oclusión (o maloclusión), puede aparecer con cierta frecuencia asociada a cambios en el desarrollo de las estructuras orofaciales, el crecimiento óseo y el uso de hábitos de succión nocivos (Heimer, Katz & Rosenblatt, 2008; Peres et al., 2007).

Para el análisis de estas situaciones es internacionalmente utilizada la Clasificación de Angle - un trabajo de aquel que es considerado el "padre" de la ortodoncia, Angle (1899) - en base a la cual la relación entre el maxilar y la mandíbula es determinada por la observación de los dientes en oclusión céntrica (primeros molares permanentes y la relación anteroposterior, del frente hacia atrás, de la arcada dental). Se distinguen las siguientes situaciones (Lopes, 2000b):

- Normal - la relación entre las estructuras no presenta cambios;
- Clase I - las cúspides de los primeros molares permanentes superiores se encuentran en oclusión con los surcos mesiovestibulares de los primeros molares permanentes inferiores. La relación entre el maxilar y la mandíbula es normal y sólo se produce un cambio en los dientes;
- Clase II - las cúspides de los primeros molares inferiores se sitúan detrás e internamente a los molares opuestos del arco superior. Podemos encontrar dos situaciones:

- División 1 - se verifica la labioversión de los incisivos superiores;
- División 2 - los incisivos centrales superiores se inclinan hacia adentro (palatoversión) mientras que los incisivos laterales superiores están orientados hacia fuera (vestibuloversión);
- Clase III - las cúspides del primer molar inferior se interdigizan con distancia de un diente (o más) delante de los incisivos superiores opuestos.

Si nos centramos en la relación postural de la arcada dental inferior y superior, denominada mordida, verificamos que surgen algunas alteraciones (Zemlin, 2000, pp 267):

- Mordida abierta - incapacidad de los dientes anteriores se aproximen, manteniendo un espacio entre ellos;
- Mordida cerrada - infraversión de los dientes posteriores o superversión de los dientes anteriores, persistiendo un espacio entre ellos;
- Mordida abierta lateral - cuando los cambios descritos anteriormente sólo se encuentran en una posición lateral;
- Mordida cruzada - los dientes superiores son superpuestos por los inferiores.

Los cambios verificados en la arcada dentaria de los niños pueden interferir en la articulación de los sonidos, en particular en las fricativas (/s/, /z/, /ch/, /j/, /f/, /v/), oclusivas (/t/, /d/, /n/) y líquidas (/l/, /r/) (Bankson y Bernthal, 2004; pps 167-168; Berwing et al., 2010; Guimaraes, 1995, pp 30; Sahad et al., 2008).

Labios

Los labios son los articuladores más visibles del aparato articulatorio, responsables del cierre y apertura de la cavidad oral. El labio inferior presenta mayor movilidad que el superior una vez que su inserción en la mandíbula implica el acompañamiento de los movimientos de esta estructura ósea en actividades como la masticación, habla, bostezo y sonrisa. El cierre labial se vuelve fundamental en la masticación de los alimentos, manteniéndolos en la cavidad oral. En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de esta enfermedad, que se encuentran en la zona de la faringe (Guimarães, 2007, pp 35, Zemlin, 2000, pp 250).

Además de estas funciones, los labios son responsables de la articulación de los fonemas: bilabiales (/b/, /p/ y /m/), labiodentales (/f/ y /v/) y vocales (/a/, /y/, /i/, /o/ y /u/).

Las alteraciones de la motricidad de los labios, provenientes de la respiración oral y de diversos hábitos orales nocivos, pueden afectar la producción adecuada de estos fonemas. En el caso de la parálisis cerebral, la afasia adquirida y los síndromes (disartria), y las malformaciones estructurales (congénitas y adquiridas), el labio leporino (con o sin hendidura palatina), también puede encontrarse con cuadros más complejos de alteraciones del funcionamiento de los labios de etiología neurológica, casos de parálisis cerebral, , neoplasias y traumatismos (Guimarães, 1995, pps 25-28, Felicio, 1999, pps 58-65).

Cuando la motricidad labial se encuentra comprometida, las estructuras que le son adyacentes (dientes, lengua) también pueden ser afectadas, ocurriendo alteraciones de la motricidad orofacial. Estas situaciones (agravadas por la respiración oral) pueden interferir en el desempeño de la lengua, en particular a

través de su colocación en el suelo de la boca, de la hipotonía y de la anteriorización (Gimenez et al., 2008).

Lengua

La lengua es una estructura determinante para el funcionamiento adecuado de las funciones del paladar, masticación, deglución y habla. Constituida por 17 músculos, presenta una movilidad que le permite la alteración de tamaño, forma y tonicidad adecuada a la función que se le solicita. En el proceso de masticación es responsable de la transferencia de los alimentos a la posición en que pueden ser triturados por los dientes, ayuda en la disolución de la saliva, extracción de los alimentos del vestíbulo y del paladar duro. Después de la masticación, la lengua presiona el pastel de alimentos contra el paladar duro obligándolo a deslizar hacia la faringe a través de los movimientos ondulatorios. Su funcionamiento implica un gran control neuromuscular, ya que se requieren movimientos finos y precisos que posibilitan el cambio de su configuración y posición en secuencias muy rápidas (Zemlin, 2000, pps 269-276). Siendo el articulador más activo en la producción de sonidos y en la resonancia, la armonía de sus movimientos permite la producción de las consonantes, vocales y semivocales constituyentes de cada comunidad lingüística. Su acción está dependiente de otras estructuras contiguas como el paladar duro, la arcada dental, las mejillas y el frenillo lingual.

El frenillo lingual se encuentra en la cara inferior de la lengua ligándola al piso de la boca, pudiendo presentar una dimensión más larga o más corta. En situaciones menos frecuentes puede prolongarse hasta el ápice, disminuyendo la movilidad de la lengua (Bankson y Bernthal, 2004, pp 157, Marchesan, 2010).

Los cambios en la tonicidad y la movilidad de la lengua, anomalías congénitas como la macroglosia y la microglosia, su colocación incorrecta (por ejemplo, la colocación interdental), así como la existencia de un freno lingual corto, pueden provocar dificultades en la producción de los distintos fonemas. En esta situación, los fonemas articulados con el ápice de la lengua (/t/, /d/, /n/ y /l/) y las fricativas (/s/, /z/, /ch/ y /j/) que, producidos en una posición más anterior (a menudo interdental), llevan a su alteración (por ejemplo, en el caso de las fricativas, puede surgir sigmatismo interdental y lateral) (Bankson y Bernthal, 2004, pp 157; Cunha, 2001, pps 58-60; Felicio, 1999, pps 58-65; Ferriolli, 2010).

Paladar

La cavidad oral se encuentra separada de la cavidad nasal por una estructura compuesta por una parte ósea y muscular designada paladar. La porción ósea tiene un borde fijo ligado a la mandíbula, en la parte anterior, el paladar duro, y un borde libre en la parte posterior conectada a la membrana, el paladar blando. El paladar duro tiene forma cóncava e interviene en la masticación y la deglución (conteniendo los alimentos en la cavidad oral y presionándolos, en conjunto con la lengua, a deslizar hacia la faringe), en el habla (produciendo los sonidos palatales y fricativos) resonancia (permitiendo resonancias diferentes en los varios fonemas).

El paladar blando presenta un papel preponderante en el cierre de la parte posterior de la cavidad oral. En su estado de reposo asume una posición vertical en la dirección de la orofaringe y cuando se contrae se curva a la faringe impidiendo el paso de los alimentos o del aire por la cavidad nasal. Esta función permite la producción de los sonidos nasales (/n/, /m/, /ñ/) y vocales nasales.

Pueden surgir alteraciones del paladar, congénitas y adquiridas, que repercuten en sus funciones, en particular en la producción del habla. Nos referimos a situaciones de mala formación congénita, en el caso de la fisura del paladar, que puede estar asociada o no a la fisura labial e involucrar el paladar duro y el paladar blando. En este marco, las consecuencias en términos de producción de la voz y del habla pueden manifestarse en la hipernasalidad, escape nasal, golpe de glotis, distorsiones y omisiones de fonemas (/k/, /g/, /s/, /z/, /t/, /d/, /p/, /b/) y estar asociadas a alteraciones en la movilidad y tonicidad de los labios y lengua (Behlau et al., 2005, pp 27; Guedes, 2005). Otra alteración pasible de ser encontrada es el paladar alto y en ojiva (que puede estar presente en los casos de retrognatia y en los respiradores orales) dificultando la precisión de los movimientos articulatorios (Guimarães, 1995, pp 40).

2.2. Definición de términos relacionados al tema.

- **Alteraciones orofaciales:** Las Alteraciones Orofaciales son cualquier característica anatómica o fisiológica de las siguientes estructuras: labios, dientes, lengua, mandíbula, mejillas y paladar, que resulta notablemente diferente e interfiere en el normal desarrollo de la dentición, el habla y la salud o afecta a la estética o el desarrollo psicosocial.
- **Deglución:** es el paso del alimento desde la boca a la faringe y luego hasta el esófago. Los alimentos masticados por los dientes, amasados por la lengua y humedecidos por la saliva, toman forma de una bola de consistencia pastosa, el bolo alimenticio.

- **Hábitos orales:** son acciones involuntarias, repetitivas y permanentes en el tiempo que pueden ser suprimidas por mecanismos de reeducación.
- **Lactancia materna:** es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) señalan asimismo que la lactancia “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”.
- **Masticación:** es el proceso por el cual trituramos y desmenuzamos la comida con los dientes. Es el primer paso de la digestión y actúa aumentando el área superficial de los alimentos para permitir que las enzimas los rompan de una manera más eficiente.
- **Respiración oral:** es un problema serio que debe ser tratado. Sus efectos en la salud general y el crecimiento pueden ser muy perjudiciales, especialmente en niños en edad de desarrollo.
- **Succión digital:** es un mal hábito que desarrollan algunos niños que succionan su dedo pulgar, haciendo que la parte digital de dedo contacte con el paladar y con el tiempo deforme el paladar, dando lugar a una mala mordida, dientes separados y paladar profundo.
- **Succión:** Aspiración de secreciones gas o fluido, procedente de cavidades u órganos tubulares, por medio de un mecanismo de presión negativa. Se aplica a la obtención de leche materna por parte del neonato, actuando sobre el pezón de la glándula mamaria materna.

2.3. Hipótesis.

Hipótesis General:

- Existe una relación significativa entre los hábitos orales y alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018.

Hipótesis específicas:

- Existe una asociación significativa entre la presencia y duración de los hábitos orales y la existencia de alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018.
- Hay una presencia y duración significativa de los hábitos orales de succión de pecho, uso de chupón, uso del biberón, succión digital, succión lingual y onicofagia en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018.
- Existen alteraciones orofaciales significativas relacionadas a la oclusión dentaria, labios, lengua, paladar y frenillo corto de la lengua en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018.

CAPÍTULO III: MÉTODO

3.1. Tipo y diseño de estudio

El presente estudio fue de naturaleza cuantitativa de tipo explicativo correlacional, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental. Explicativo correlacional porque se analizarán los hechos y fenómenos tal cual se presentan y se buscará alguna relación entre las variables; retrospectivo porque la investigación se realizará con los datos precedentes; de corte transversal porque estudiará las variables en un determinado espacio de tiempo; de diseño no experimental porque es un estudio observacional que describirá lo que existe en la realidad y un estudio de casos y controles.

Este estudio será de tipo explicativo correlacional, la cual permitirá el análisis y la relación entre la variable hábitos orales que se encuentren asociadas a las alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018.

Así también el método que se empleará en este estudio será inductivo, con un tratamiento de los datos y un enfoque cuantitativo.

El presente estudio corresponderá a los diseños no experimental por que no se manipulan las variables, más aún, se realiza una observación directa de las variables de cómo estas se presentan en la realidad problemática.

Así también, será de corte transversal porque se realizó la recolección de los datos en un determinado momento de la realidad problemática, mediante ficha de recolección de datos.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población.

La población estará constituida por todos los niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos.

3.2.2. Muestra.

La muestra será el total de la población por ser una población pequeña siendo constituida por 49 niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos.

3.2.3. Unidades de análisis.

La unidad de análisis es un niño del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos.

3.2.4. Criterios de selección

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio se realizará un muestreo no probabilístico según evaluación.

- Criterios de Inclusión

- Niños que acuden al centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos.”.
- Niños quienes sus padres hayan aceptado firmar el consentimiento informado.
- Niños de 3 a 9 años.

- Criterios de Exclusión

- Niños menores de 3 años y mayores que 10 años.
- Niños con alteraciones neurológicas, cognitivas y/o psiquiátricas.

3.3. Tabla 1. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO/ESCALA
HABITOS ORALES	Mamar el pecho Chupón Biberón Succión digital Succión lingual Onicofagia Otro	no____ si ____ Hasta _____ años y _____ meses.	Cualitativa Cuantitativa /nominal
ALTERACIONES OROFACIALES	Maloclusión dentaria En los labios En la lengua En el paladar Con frenillo lingual corto	- no____ - si ____	Cualitativa/ nominal

3.3.1. Tabla 2. Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	Variables y dimensiones	METODOLOGÍA
<p>General ¿Cuál es la relación entre los hábitos orales y alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018?</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la asociación entre la presencia y duración de los hábitos orales y la existencia de alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018? - ¿Cuál es la presencia y duración de los hábitos orales de succión de pecho, uso de chupón, uso del biberón, succión digital, succión lingual y onicofagia en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018? - ¿Cuáles son las alteraciones orofaciales relacionadas a la oclusión dentaria, labios, lengua, paladar y frenillo corto de la lengua en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018? 	<p>General Determinar e identificar la relación entre los hábitos orales y alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018.</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizar la asociación entre la presencia y duración de los hábitos orales y la existencia de alteraciones orofaciales en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018. - Identificar la presencia y duración de los hábitos orales de succión de pecho, uso de chupón, uso del biberón, succión digital, succión lingual y onicofagia en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018. 	<p>Variables</p> <p>V1.HABITOS ORALES</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> Mamar el pecho Chupón Biberón Succión digital Succión lingual Onicofagia Otro <p>V2. ALTERACIONES OROFACIALES</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> Maloclusión dentaria En los labios En la lengua En el paladar Con frenillo lingual corto 	<p>TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO :</p> <p>La investigación será de tipo explicativo correlacional, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental.</p> <p>El método que se aplicó es el inductivo y un enfoque cuantitativo.</p> <p>Población</p> <p>La población estará constituida por todos los niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos.</p>

<p>- ¿Cuál es el tipo de respiración (oral, nasal, mixta) considerando el tipo de alteración orofacial en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las alteraciones orofaciales relacionadas a la oclusión dentaria, labios, lengua, paladar y frenillo corto de la lengua en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018. - Identificar el tipo de respiración (oral, nasal, mixta) considerando el tipo de alteración orofacial en niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos durante los meses de Noviembre de 2017 y Marzo de 2018 		<p style="text-align: center;">Muestra</p> <p>La muestra se obtendrá teniendo en cuenta la técnica muestral: no probabilística, la cual estará constituida por 49 niños de 3 a 9 años de edad del centro “CEDIR” del distrito de Los Olivos.</p>
---	--	--	---

3.4. Instrumento de recolección de datos. Materiales y equipos. Procedimientos

3.4.1. Instrumentos de Recolección de datos

En esta investigación utilizamos una ficha de registro, a la que se denominará ficha de caracterización del niño (ver Anexo 2)

Con esta ficha se pretenderá registrar un conjunto de elementos de caracterización de niños, con edades comprendidas entre los 3 a los 9 años, con posibles hábitos orales.

Esta ficha fue construida específicamente para este proyecto, teniendo en cuenta los objetivos de investigación. Para su elaboración contamos con el instrumento de recolección de datos para caracterizar este tipo de niños que se utilizó en una investigación anterior (Andrade, 2008), con la literatura de la especialidad, en particular la relativa a los hábitos orales y alteraciones orofaciales, así como con la experiencia personal como técnica de diagnóstico y terapéutica en este ámbito.

A partir de este conjunto de informaciones, redactamos una ficha de caracterización del niño que, después de ser discutida con el asesor, se introdujeron cambios muy puntuales, en particular: "freno lingual corto", en el grupo de alteraciones orofaciales, y una nota explicativa de la onicofagia, "roer uñas", en el punto relativo a los hábitos orales, siendo constituida por 17 ítems (ver Anexo 2).

El ítem 1 se refiere a la edad del niño en años y meses y el ítem 2 se refiere al género. En el ítem 3 se identifica el distrito de residencia y en el ítem 4 el distrito. En el ítem 5, se señala la escuela/local de permanencia del niño durante el día, entre 5 posibilidades: casa, ama, guardería/jardín, escuela básica u otra. En el ítem 6 se registra

el número de hermanos y en el ítem 7 la posición fraterna: hijo único, el mayor, el menor, o, del medio.

En el ítem 8 se registra el grado de instrucción de los padres, señalando con una cruz, en la columna del padre y en la columna de la madre, una de 4 opciones: no sabe leer ni escribir, nivel primario, nivel secundario, nivel superior. En el ítem 9 se registra la profesión del padre y de la madre (por extenso).

En el ítem 10 se indica (por extenso) la referencia (quien indicó al niño para consulta).

En el ítem 11 se señala el diagnóstico de terapia del habla (por ejemplo alteración específica del desarrollo del lenguaje, retraso en el desarrollo del lenguaje, perturbación de la articulación fonológica, fonética y mixta, tartamudez, problema de voz / resonancia, deglución atípica y otro). Pudiendo registrar información que considere importante a propósito de cada uno de los diagnósticos.

En el ítem 12 se registra (por extenso) el diagnóstico médico (por ejemplo: trisomía 21, parálisis cerebral, sordera, síndromes, etc.). En el ítem 13 se registra la presencia o no de antecedentes familiares (problemas de lenguaje en la familia), colocando una cruz en sí o no.

En el ítem 14 se señala la presencia (sí) o no de hábitos orales, así como la edad en años y meses hasta la cual los mismos han ocurrido: mamar en el pecho, chupón, biberón, succión digital, succión lingual, onicofagia y otro.

En el punto 15 se señala con una cruz el tipo de respiración: oral, nasal o mixto.

En el punto 16 se señala la presencia (sí) o no de alteraciones orofaciales: en la oclusión dental, en los labios, en la lengua, en el paladar, en el frenillo lingual corto, y otra (cuál?).

La ficha termina con el ítem 17 donde se registra el año en que fue hecha la evaluación del niño en terapia del habla.

En el inicio de la ficha de caracterización, además de los espacios para registros del número de código del niño en la muestra y de la referencia para el terapeuta, se incluyó el siguiente texto relativo a la confidencialidad de los datos recogidos.

Con esta ficha se recogen datos cuantitativos (ítems 1, 6, 17, número de código del niño) y cualitativos (nominales y ordinales) que, a excepción de los ítems 4 y 12, se convierten en numerales de acuerdo con el siguiente código:

Item 1: unidad de 3 meses = 0,25.

Item 2: sexo femenino codificado con 1 y sexo masculino con 2.

Item 3: distrito

Item 5: ama = 1; casa = 2; escuela básica = 3; cuna / jardín = 4.

Item 7: hijo único = 1; hijo mayor = 2; del medio = 3; hijo menor = 4.

Item 8: escala ordinal de 0 a 5, con 0 para "no sabe leer ni escribir" y 5 para "nivel superior".

Item 9: escala ordinal de 1 a 5 (según la codificación de la dimensión "Profesión" para calcular el índice de Graffar), invertida (de 5 a 1).

Item 10: padres = 1; educador / profesor = 2; profesional de salud = 3; ortodoncista = 4; Otro = 5.

Item 11: perturbación del lenguaje expresivo = 1; perturbación mixta del lenguaje perceptivo-expresivo = 2; perturbación fonológica = 3; tartamudeo = 4; perturbación de la comunicación sin otra especificación = 5; Otro = 6.

Item 13: sí = 1; 0 = no.

Item 14: no = 0; sí = 1; edad: unidad de 3 meses = 0,25. Artículo 15: oral = 1; Nasal = 2; 3 = articulación.

Item 16: no = 2; 1 = sí.

Esta ficha de caracterización constituye el instrumento de recogida de información de cada sujeto de la muestra (casos clínicos), niños entre los 3 a los 9 años con diagnóstico de perturbación de lenguaje, a ser aplicada por terapeutas del habla, de acuerdo con los procedimientos que describimos después.

Para el grupo de control utilizamos la misma ficha sin los ítems 10 (Referencia), 11 (Diagnóstico de terapia del habla), 12 (Diagnóstico médico) y 17 (fecha de evaluación).

3.4.2. Plan para la recolección de información:

Después de la formalización de la solicitud y la autorización correspondiente, se realizará la recolección de datos mediante las fichas de caracterización de los niños, definiendo previamente los criterios de inclusión y aclarar los aspectos y los requisitos para la recolección de datos.

Se realizará el estudio tomando como sujetos de estudio a niños de ambos géneros, con edad entre tres y nueve años, que asisten al centro de terapias “CEDIR” del distrito de los olivos.

La población será previamente evaluada para determinar principalmente las características de las alteraciones orofaciales y hábitos orales, entre demás datos de la ficha de recolección de datos. Para lo cual se incluyó 49 niños pacientes de ambos turnos (mañana y tarde).

Los padres o responsables de todos los niños sujetos de estudio, serán invitados por carta de consentimiento informado (ver Anexo I) para participar del estudio. En esta ocasión recibirán orientaciones y pautas, según fueran necesarios, y también estos serán entrevistados para el presente estudio.

La entrevista con el padre de familia será en una sala personalizada, puesta a disposición por el centro de terapias “CEDIR”, donde los padres respondieron a la ficha estructurada. Además se contará con el apoyo visual de fotos y videos como evidencias del estudio.

3.4.3. Procedimientos y análisis de datos

El análisis se inició con la organización y numeración de todas las 49 fichas de caracterización de los niños por orden de recepción. A continuación, procedimos a la codificación de los diversos datos. En la versión 16.0 para Windows, para la inserción y tratamiento de los datos, recurriendo a la estadística descriptiva y a la estadística inferencial.

Los datos recogidos corresponden a 49 fichas de caracterización de niños. Sin embargo, como es habitual en estudios de esta naturaleza, la información no siempre es completa para todos los sujetos. En términos de

análisis específico, en cuanto al análisis descriptivo de los datos, se calcularon frecuencias absolutas y relativas, para variables con un nivel de medición nominal, y medias y desviaciones estándar, para variables con nivel de medición al menos intervalar (Reis, 1998). Para probar diferencias estadísticamente significativas entre variables, se recurrió a la estadística inferencial, aceptando como significativas las diferencias que hubieran asociado un valor de $p < .05$ (Howell, 2002). Cuando las variables en comparación eran ambas nominales, se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado (que permite verificar si la distribución de una variable es contingente de una segunda variable, es decir, si las dos variables son estadísticamente independientes (Reynolds, 1984; Howell, 2002) En el análisis de varianza (ANOVA) permite probar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de una variable continua en los niveles de una variable nominal (Hair et al., 1995), se consideró la corrección de continuidad en las tablas 2x2, , por ejemplo, diferencias en las medias obtenidas por los sujetos en el tiempo de duración del hábito de succión digital en función de la existencia de alteraciones en los labios.

CAPITULO IV: RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan y describen los resultados obtenidos tras el tratamiento estadístico de los datos recogidos.

4.1. Resultados referentes a las frecuencias por género en el grupo de estudio

Tabla 03: Distribución de frecuencias por género en el grupo de estudio

Género	No. niños	% niños
Femenino	26	53.1%
Masculino	23	46.9%

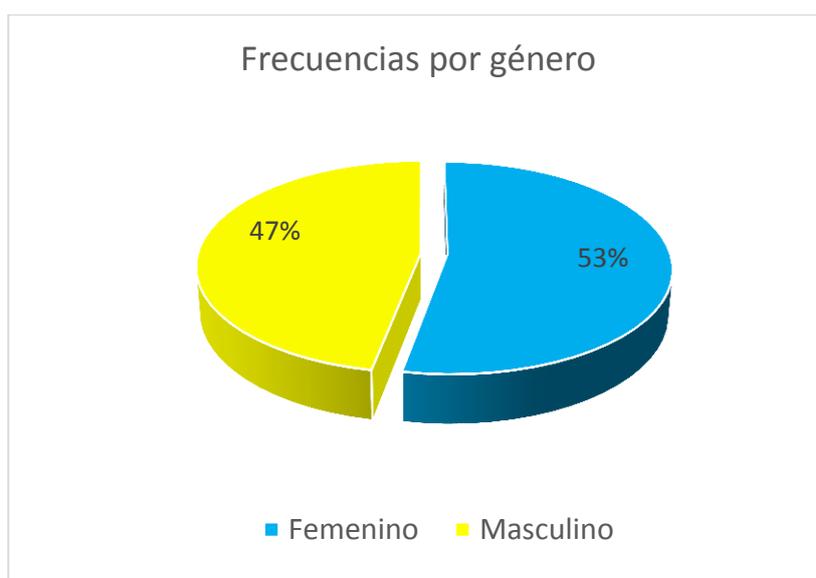


Figura 1. Distribución de frecuencias por género en el grupo de estudio

Interpretación: En la tabla 1 y figura 1, se observa que en cuanto a la variable género, hay una ligera mayoría de participantes del género masculino con un 53%, en comparación del género femenino que presenta un 47%.

4.2. Resultados referentes a los hábitos orales en el grupo de estudio.

Tabla 4. Frecuencia de la prevalencia de los hábitos orales

Hábitos orales	No. niños	% niños
Lactancia materna	34	69.9%
Chupón	38	77.5%
Biberón	40	80.6%
Succión digital	5	10.6%
Succión lingual	2	4.9%
Onicofagia	6	12.8%

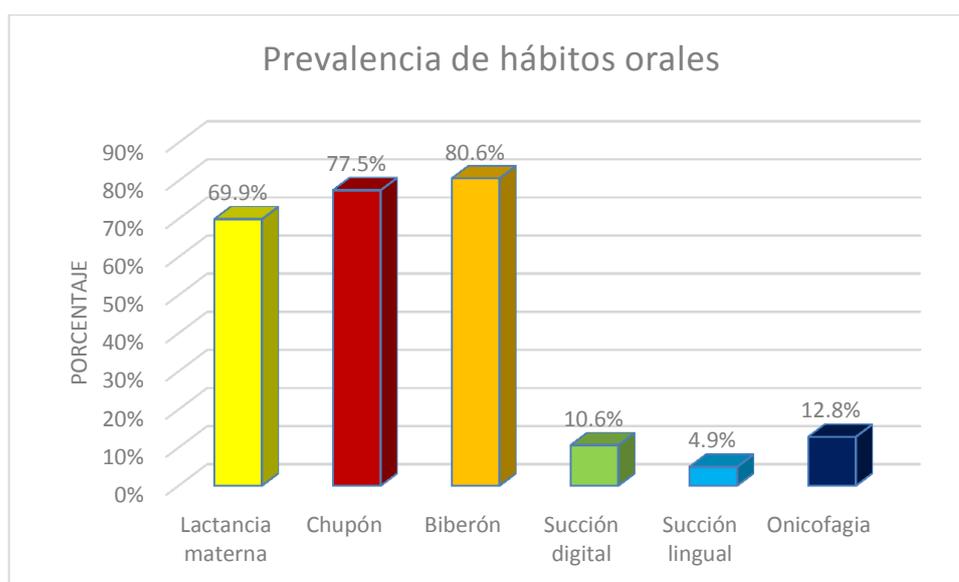


Figura 2. Distribución de la prevalencia de los hábitos orales

Interpretación: Los hábitos orales estudiados presentan los siguientes resultados (Tabla 4 y figura 2): biberón 80.6%; el chupón 77.5%; lactancia materna 69.9%. Estos hábitos surgen con mayor incidencia, sugiriendo su importancia en el comportamiento y desarrollo del niño. Otros hábitos surgen con una frecuencia más baja: onicofagia con 12.8%; succión digital; 10.5%; succión lingual con solo un 4.9%.

Tabla 5. Frecuencia de la duración de los hábitos orales

Hábitos orales	Duración del hábito (en años)				
	Mínimo	Máximo	Media	DP	Md
Lactancia materna	0.00	5.00	0.68	0.71	0.50
Chupón	0.25	8.00	2.92	1.34	3.00
Biberón	0.25	7.00	2.92	1.47	3.00
Succión digital	0.25	8.75	5.18	1.72	5.25
Succión lingual	0.25	9.00	5.11	2.30	5.00
Onicofagia	2.75	9.00	5.89	1.61	5.75

*Para el cálculo del valor en años, cada 3 meses corresponden a 0.25

Interpretación: En cuanto a la duración de estos hábitos orales en la vida de los niños (Tabla 5), se verifica que: a) la succión digital, la succión lingual y la onicofagia presentan duración hasta una edad más tardía, superando los cinco años de edad; b) la lactancia materna presenta la media más baja, cerca de medio año de edad; c) el chupón y el biberón manifiestan una duración media de unos 3 años.

En términos del mayor número de años de duración del hábito, merece destaque por su excepcionalidad, el caso de 3 niños que utilizaron el biberón hasta los 7 años y uno con chupete hasta los 8 años.

Tabla 6. Frecuencia de los hábitos orales según el género

HÁBITOS ORALES		GÉNERO				X ² (1)	p*
		Femenino		Masculino			
		No.	%	No.	%		
Lactancia materna	No	8	30.9%	7	29.7%	0.071	0.790
	Sí	18	69.8%	16	70.3%		
Chupón	No	6	24.1%	4	21.6%	0.444	0.505
	Sí	20	75.9%	18	78.4%		
Biberón	No	5	20.1%	4	19.1%	0.052	0.820
	Sí	21	79.9%	19	80.9%		
Succión digital	No	23	86.8%	21	90.9%	2.544	0.111
	Sí	4	13.3%	2	9.1%		
Succión lingual	No	24	93.6%	22	95.8%	1.217	0.270
	Si	2	6.4%	1	4.2%		
Onicofagia	No	22	85.5%	20	88.1%	0.766	0.382
	Sí	4	14.5%	3	11.86%		

*valor p<0.05, no significativo

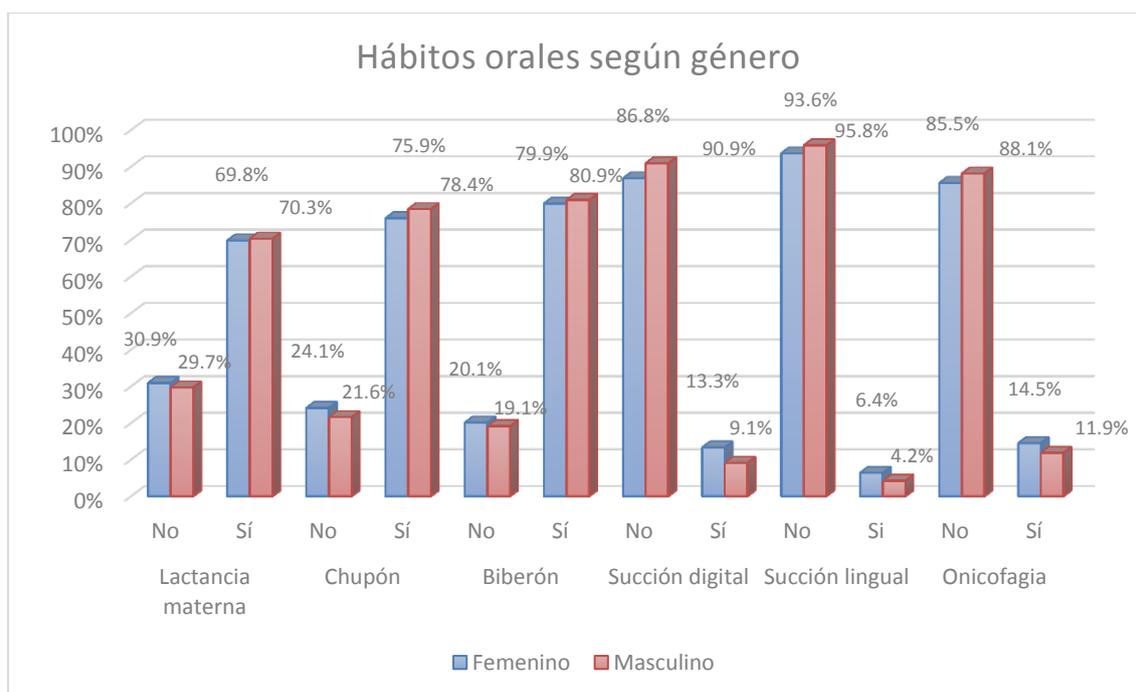


Figura 3. Distribución de los hábitos orales según género

Interpretación: La distribución de los hábitos orales (lactancia materna, chupón, biberón, succión digital, succión lingual, onicofagia), considerando el género masculino y femenino, es similar, no existiendo diferencias estadísticamente significativas. También se puede observar que los hábitos de succión digital, succión lingual, onicofagia No son muy frecuentes (Tabla 6 y figura 3).

Tabla 7. Frecuencia de la duración de los hábitos orales según género

HÁBITOS ORALES	Femenino		Masculino		gl**	F	p*
	M	DP	M	DP			
Lactancia materna	0.70	0.66	0.66	0.73	1.461	0.337	0.562
Chupón	3.13	1.40	2.82	1.30	1.532	6.473	0.011
Biberón	2.94	1.49	2.91	1.47	1.547	0.052	0.820
Succión digital	5.41	1.70	4.99	1.73	1.68	1.014	0.318
Succión lingual	4.90	2.33	5.28	2.32	1.32	0.216	0.645
Onicofagia	5.83	1.83	5.94	1.45	1.85	0.092	0.762

*valor $p < 0.05$, no significativo ** grados de libertad

Interpretación: Pasamos a analizar el tiempo medio (en años) de la duración de cada hábito oral según el género (Tabla 7). En el caso de las niñas (M = 3.13, DP = 1.40), mantienen el chupón hasta más tarde, cuando se comparan con el chupón, las diferencias estadísticamente significativas ($F(1.532) = 6.473$, $p = 0.001$), mientras que en los niños (M = 2.82, p = 1.30).

4.3. Resultados referentes a las alteraciones orofaciales en el grupo de estudio.

Tabla 8. Alteraciones orofaciales (n=49)

Alteraciones orofaciales en (el)	No. niños	% niños
Oclusión dentaria	23	47.1%
Labios	14	27.9%
Lengua	15	30.1%
Paladar	17	35.2%
Frenillo lingual corto	5	9.1%

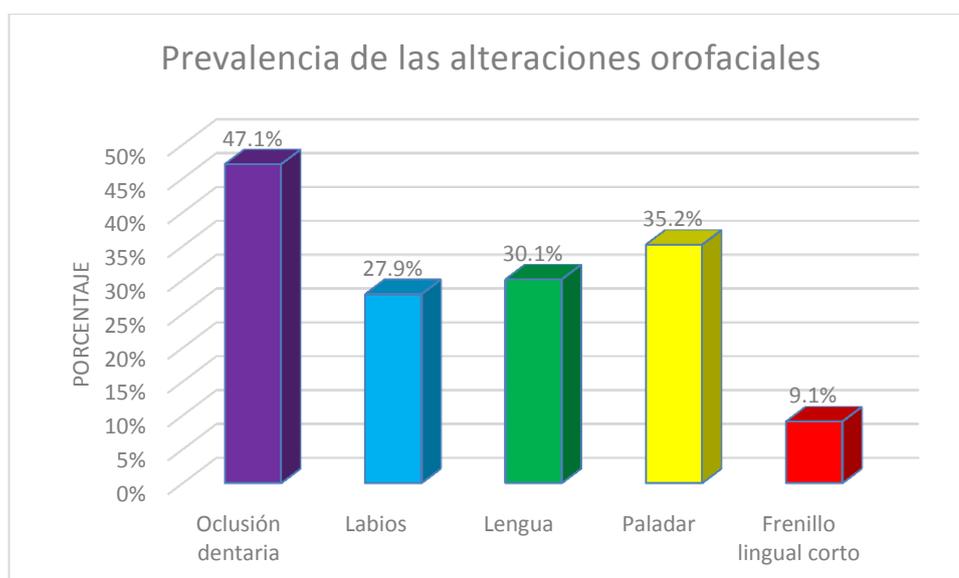


Figura 4. Distribución de las alteraciones orofaciales

Interpretación: En cuanto a las diversas alteraciones orofaciales que los niños presentan de la muestra, tal y como se manifiestan en la tabla 8 y figura 4, tenemos la siguiente distribución en relación desde la más frecuente a la menos frecuente: oclusión dental (47.1%), paladar (35.2%), lengua (30.1%), labios (27.9% y el freno lingual (9.1%).

Los datos en análisis muestran que varios niños presentan al mismo tiempo dos o más alteraciones orofaciales. Así, nos encontramos con los siguientes datos: niños con dos alteraciones orofaciales 18.5%; con tres alteraciones un 12.1%; con cuatro un 11.6%; y por último con cinco alteraciones un 2.0%.

4.4. Resultados referentes a los hábitos orales y alteraciones orofaciales en el grupo de estudio.

Tabla 9. Alteraciones orofaciales y lactancia materna

Alteración orofacial		Sin lactancia (n=14)		Con lactancia (n=35)		X ² (1)	p*
		No.	%	No.	%		
Oclusión dentaria	No	6	44.3%	21	58.5%	10.247	0.001
	Sí	8	55.7%	14	47.5%		
Labios	No	10	73.2%	27	76.4%	0.568	0.451
	Sí	4	26.8%	8	23.6%		
Lengua	No	10	73.8%	26	73.3%	0.001	0.973
	Sí	4	26.2%	9	26.7%		
Paladar	No	9	65.6%	24	67.8%	0.202	0.653
	Sí	5	34.4%	11	32.3%		
Frenillo lingual corto	No	13	95.1%	32	90.1%	3.587	0.058
	Si	1	4.9%	3	9.9%		

*valor p<0.05, no significativo

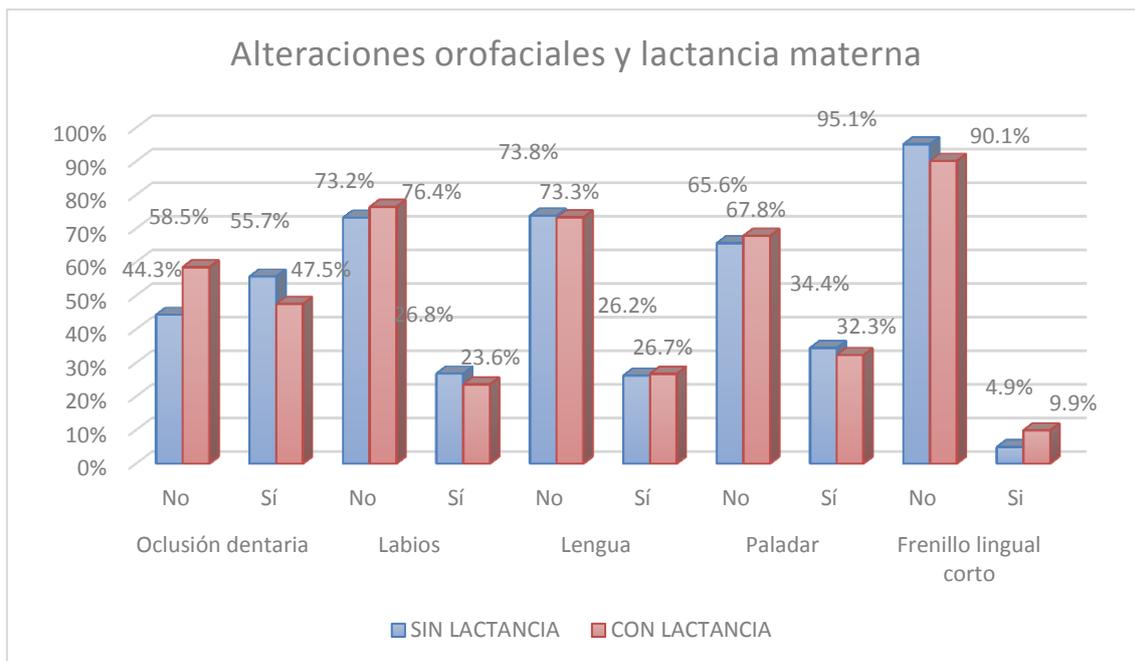


Figura 5. Distribución de las alteraciones orofaciales y la lactancia materna.

Interpretación: En la tabla 9 y la figura 5, vemos la prevalencia de alteraciones orofaciales en función de la existencia (o no) de lactancia materna. La distribución de los sujetos con y sin lactancia materna es similar en las siguientes alteraciones orofaciales: labios, lengua, paladar y frenillo lingual. Sin embargo, existen diferencias significativas entre los sujetos con y sin lactancia materna en el caso de las alteraciones de la oclusión dental. Se observa una proporción menor de niños que fueron amamantados entre las que manifiestan alteración de la oclusión dental (41.5%) que entre los niños sin esta alteración (58.5%). Pero la interpretación del resultado del Chi-cuadrado no es inequívoca ya que en la muestra la mayoría de los niños fueron amamantados.

Tabla 9. Alteraciones orofaciales versus el uso de chupón

Tabla 10. Alteraciones orofaciales versus uso de chupón

Alteración orofacial	Sin chupón (n=10)		Con chupón (n=39)		X ² (1)	p*
	No.	%	No.	%		

Oclusión dentaria	No	6	64.5%	20	51.8%	6.706	0.010
	Sí	4	35.5%	19	48.2%		
Labios	No	8	84.4%	29	73.1%	7.033	0.008
	Sí	2	15.6%	10	26.9%		
Lengua	No	8	84.4%	27	70.4%	10.403	0.001
	Sí	2	15.6%	12	29.6%		
Paladar	No	7	73.8%	26	65.4%	3.160	0.060
	Sí	3	26.2%	13	34.6%		
Frenillo lingual corto	No	9	94.3%	35	90.7%	1.420	0.233
	Si	1	5.7%	4	9.3%		

*valor $p < 0.05$, no significativo

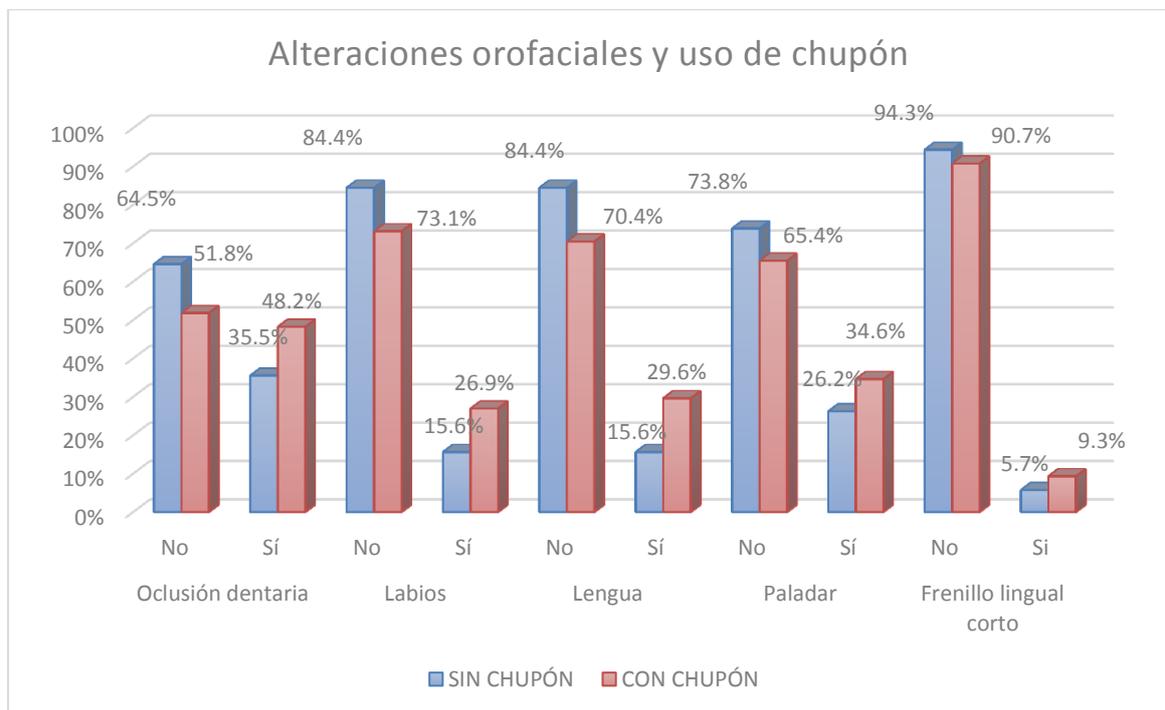


Figura 6. Distribución de las alteraciones orofaciales y uso de chupón.

Interpretación: De la tabla 9 y la figura 6 se desprenden los resultados en cuanto a la prevalencia de alteraciones orofaciales, teniendo en cuenta el uso del chupón, se

observan tres alteraciones orofaciales con diferencias significativas entre los que usan y no usan el chupón, como es el caso de la oclusión dental, labios y lengua.

De ese modo, el 48.2% de los niños que usaron chupón presentan alteraciones en la oclusión dental, mientras que esta alteración se verificó en el 35.5% de aquellas que no la usaron. Manifestaban alteraciones de los labios 26.9% de los niños que usaron chupón y 15.6% de las que no usaron. En el caso de los niños que usaron el chupón y el 15.6% de los que no presentan este hábito. En el caso de las alteraciones del paladar y del freno lingual, el uso y el no uso del chupón presentan distribuciones similares.

Tabla 11. Alteraciones orofaciales frente al uso del biberón

Alteración orofacial		Sin biberón (n=10)		Con biberón (n=39)		X ² (1)	p*
		No.	%	No.	%		
Oclusión dentaria	No	6	55.4%	21	54.4%	0.013	0.910
	Sí	4	44.6%	18	45.6%		
Labios	No	8	76.9%	18	75.2%	0.089	0.766
	Sí	2	23.1%	21	24.8%		
Lengua	No	8	74.6%	29	73.1%	0.057	0.812
	Sí	2	25.4%	10	26.9%		
Paladar	No	8	79.2%	25	64.2%	10.011	0.002
	Sí	2	20.8%	14	35.8%		
Frenillo lingual corto	No	9	96.9%	35	90.2%	5.304	0.021
	Si	1	3.1%	4	9.9%		

*valor p<0.05, no significativo

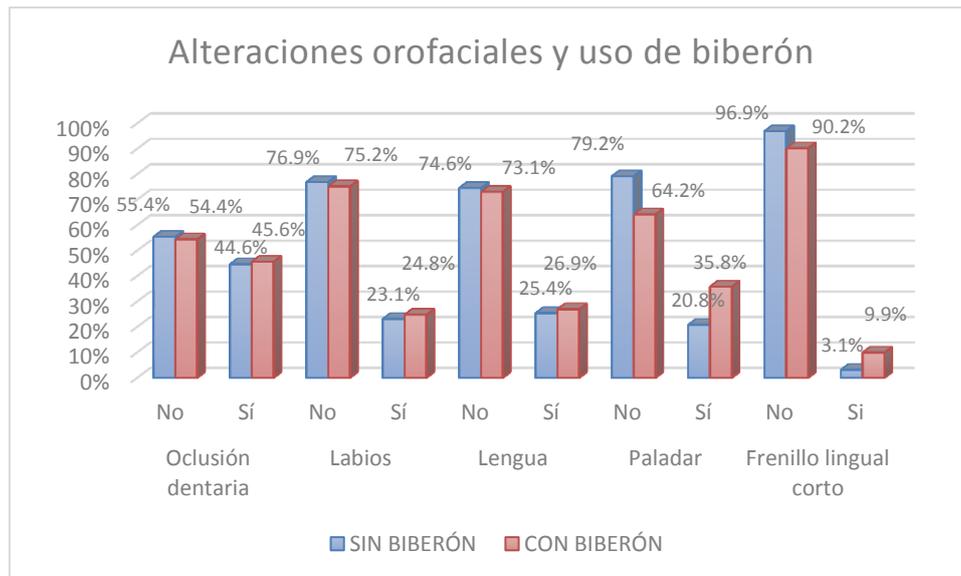


Figura 7. Distribución de las alteraciones orofaciales y uso de biberón.

Interpretación: El análisis de las alteraciones orofaciales considerando el uso del biberón según la tabla 11 y la figura 7, revela distribuciones no similares en el caso del paladar y del frenillo lingual corto. Las alteraciones del paladar ocurren en el 35.8% de los niños que usaron biberón y en el 20.8% de los que no usaron. El freno lingual corto fue identificado al 9.9% de los niños que utilizaron biberón y el 3.1% de los que no utilizaron.

Tabla 12. Alteraciones orofaciales versus succión digital

Alteración orofacial		Sin succión digital (n=44)		Con succión digital (n=5)		X ² (1)	p*
		No.	%	No.	%		
Oclusión dentaria	No	25	56.8%	2	33.3%	11.732	0.001
	Sí	19	43.2%	3	66.7%		
Labios	No	34	76.5%	3	66.7%	2.456	0.117
	Sí	10	23.5%	2	33.3%		
Lengua	No	33	74.9%	3	58.7%	6.876	0.009
	Sí	11	25.1%	2	41.3%		
Paladar	No	30	68.9%	3	50.8%	7.675	0.006
	Sí	14	31.1%	2	49.2%		
Frenillo lingual corto	No	41	92.1%	4	85.7%	2.220	0.136
	Si	3	7.9%	1	14.3%		

*valor p<0.05, no significativo

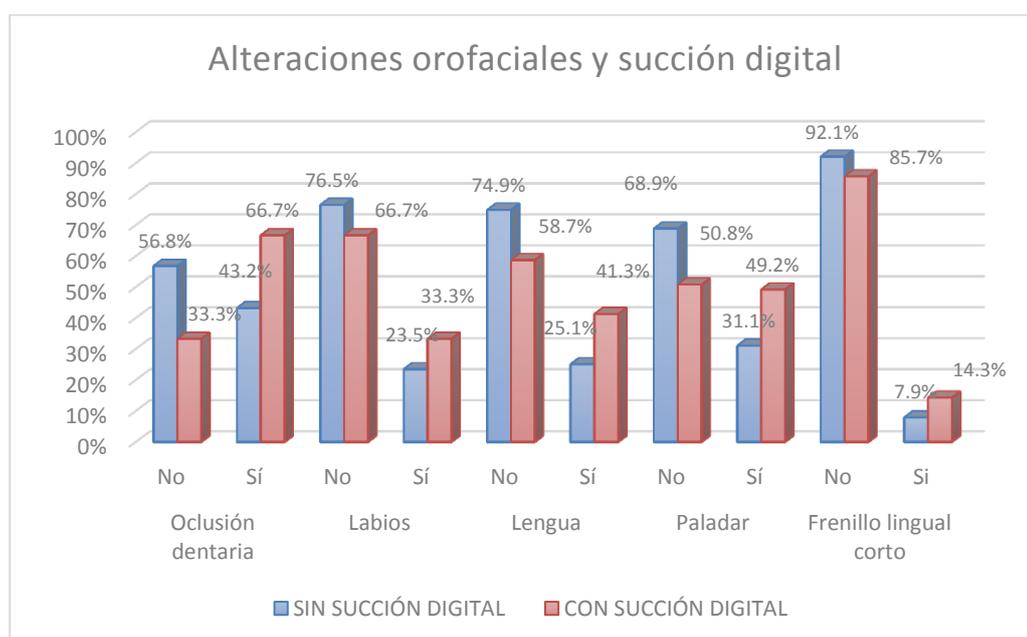


Figura 8. Distribución de las alteraciones orofaciales y la succión digital.

Interpretación: En cuanto a la presencia y ausencia de la succión digital, se observan diferencias estadísticamente significativas para las alteraciones de la oclusión dental, de la lengua y del paladar, los cuales se observan en la tabla 12 y la figura 8. Se constata también la existencia de alteraciones en la oclusión dental en el 66.7% de los niños con succión digital y el 43.2% en aquellas sin este hábito. Los cambios de la lengua ocurren en el 41.3% de los niños con hábitos de succión digital y en el 25.0% de aquellos sin este hábito. Los cambios del paladar se verifican en el 49.2% de los niños con hábitos de succión frente al 31.1% de los que no exhiben ese hábito.

Tabla 13. Alteraciones orofaciales versus succión lingual

Alteración orofacial	Sin succión lingual (n=40)		Con succión lingual (n=9)		X ² (1)	p*
	No.	%	No.	%		

Oclusión dentaria	No	22	55.6%	3	31.0%	5.816	0.016
	Sí	17	44.3%	6	68.9%		
Labios	No	30	75.5%	7	75.9%	0.000	1.00
	Sí	10	24.5%	2	24.1%		
Lengua	No	30	74.1%	5	58.6%	2.650	0.104
	Sí	10	25.9%	4	41.4%		
Paladar	No	27	67.4%	6	62.1%	0.157	0.692
	Sí	13	33.6%	3	37.9%		
Frenillo lingual corto	No	37	91.6%	8	89.7%	0.000	0.983
	Si	3	8.4%	2	10.3%		

*valor $p < 0.05$, no significativo

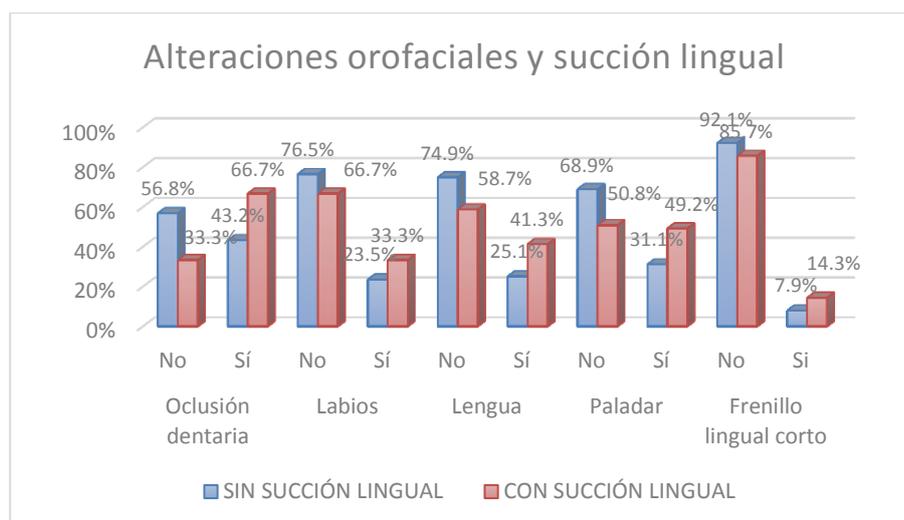


Figura 8. Distribución de las alteraciones orofaciales y la succión lingual.

Interpretación: En cuanto a la presencia y ausencia del hábito de succión lingual en las alteraciones orofaciales, se verifica una distribución no similar para la oclusión dental, tal y como se evidencia en la tabla 13 y la figura 8. En donde hay 68.9% de niños con alteración de la oclusión dental entre aquellas con hábito de succión lingual y 44.4% entre las que no presentan ese hábito.

Tabla 14. Cambios orofaciales versus onicofagia

Alteración orofacial		Sin onicofagia (n=43)		Con onicofagia (n=6)		X ² (1)	p*
		No.	%	No.	%		
Oclusión dentaria	No	23	53.9%	4	59.3%	0.621	0.431
	Sí	10	46.1%	2	40.7%		
Labios	No	32	75.0%	5	79.0%	0.410	0.522
	Sí	11	24.9%	1	20.9%		
Lengua	No	31	72.8%	5	77.8%	0.668	0.414
	Sí	13	27.2%	6	22.2%		
Paladar	No	29	67.9%	4	61.7%	0.976	0.323
	Sí	14	32.1%	2	38.3%		
Frenillo lingual corto	No	40	91.9%		88.9%	0.467	0.495
	Si	3	8.2%		11.1%		

*valor p<0.05, no significativo

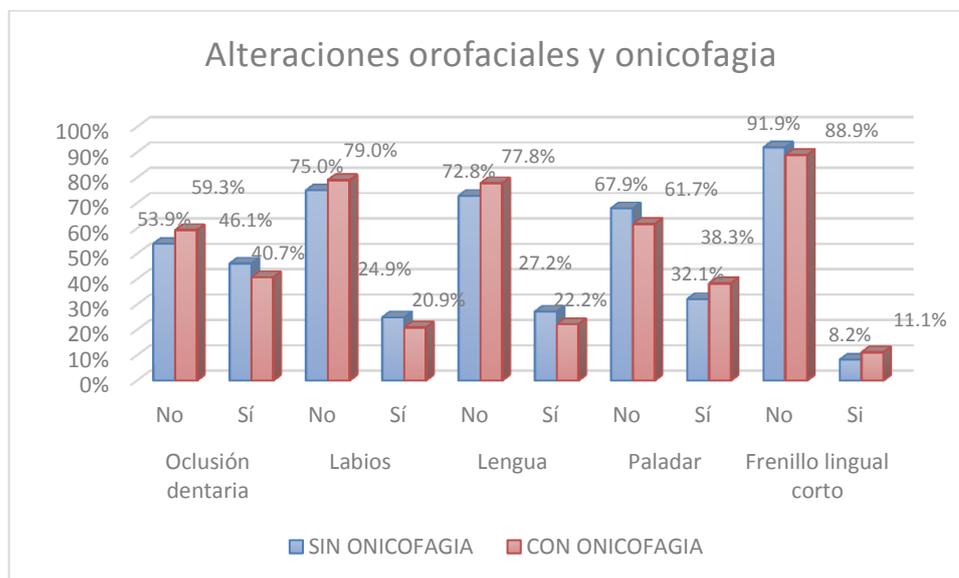


Figura 9. Distribución de las alteraciones orofaciales y la onicofagia.

Interpretación: En cuanto a la presencia y ausencia del hábito de la onicofagia tal y como se confirma en la tabla 14 y la figura 9, no se observan distribuciones estadísticamente diferentes considerando las alteraciones orofaciales.

DISCUSIÓN

Se procede ahora a la discusión de los resultados del estudio, considerando los objetivos propuestos, los resultados y las informaciones emergentes de la revisión de la literatura. Conjugando estos aspectos (objetivos, resultados y revisión de literatura), la presente investigación nos permite identificar un conjunto de ítems pertinentes para análisis y discusión.

Hábitos orales y alteraciones orofaciales

Los datos relativos a los hábitos orales de los niños con alteraciones orofaciales (muestra total de los 49 casos clínicos) ponen de manifiesto los siguientes aspectos:

Lactancia materna: Los niños que fueron amamantados presentan menor incidencia de alteraciones de la oclusión dental y usaron en promedio menos tiempo el chupón (con respecto a aquellas que no usufructuaban de este modo de alimentación). Estos datos son consistentes con la literatura que enfatiza la importancia de la lactancia materna en los primeros meses de vida del bebé. Esta práctica, permitiendo la satisfacción adecuada del reflejo de succión en la mama, disminuye el uso del chupón como hábito (no nutritivo y nocivo) de sustitución que, a su vez, interfiere en el desarrollo correcto de la arcada dentaria (Bervian, Fontana y Caus, 2008; Ferreira y cols., 2010; Lamounier, 2003; Passos y Frias-Bulhosa, 2010).

Chupón: Los niños que usaron más tiempo el chupón manifestaron mayor incidencia de alteraciones en la oclusión dental, de los labios, de la lengua y del paladar (con una media de utilización que va más allá de los 3 años de edad). También este dato es consistente con la literatura que indica el uso prolongado de chupón como hábito

nocivo para el desarrollo del sistema estomatognático (Bishara y Minarelli-Gaspar, 2006; Warren y En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de este tipo de cáncer de próstata, (2006), Warren et al., 2001).

De las cinco alteraciones orofaciales en análisis, los datos apuntan a las alteraciones provocadas por el uso del chupón en la oclusión dental y en el paladar, seguido de los labios y la lengua, no encontrándose valor significativo en cuanto al frenillo lingual corto.

Se verifica, también, el uso frecuente hasta muy tarde del chupón en las niñas con respecto a los niños. Esta constatación nos lleva a plantear la cuestión del género, es decir, de los diferentes modos de socialización conductual (a medida que el niño va creciendo, tal vez el chupón sea menos tolerado en el niño del género masculino).

Biberón: los resultados son similares a los ocurridos con el chupón, con la presencia de mayor incidencia de alteraciones en el nivel de la oclusión dental, labios, lengua y paladar en aquellos niños que utilizaron durante más tiempo el biberón. En términos de succión, estamos en presencia de objetos similares, pues tanto el biberón como el chupón pueden ser utilizados del mismo modo, interfiriendo en el desarrollo del sistema estomatognático (Bertoldi, Felício y Matsumoto, 2005; Boni, 2004, Casagrande et al., 2008; Silva, 2006). Sin embargo, el biberón puede todavía ser utilizado como sustituto de la lactancia materna, con las consecuencias desfavorables señaladas anteriormente (de los 49 niños de la muestra, 14 no tuvieron lactancia materna, sino que fueron alimentados al biberón).

Dedos: en el caso de los niños que presentan succión digital, se observa una mayor incidencia de alteraciones en la oclusión dental, en la lengua y en el paladar con

respecto a las que no exhiben este hábito. Estas son tres estructuras que también la investigación apunta como asociadas a este hábito (Gimenez y cols., 2008; Kobayashi y cols, 2008; Passos y Frias-Bulhosa, 2010; Tanaka y cols 2004). La menor o mayor duración de succión digital no evidencia, en este estudio, una diferencia estadística significativa, además se verifica que se trata de un hábito del niño con una media de utilización elevada, superando los cinco años de edad.

Lengua: En cuanto a la succión lingual, considerando el tiempo de duración, las alteraciones en la oclusión dental, labios, lengua y paladar surgen con mayor incidencia en los niños cuya presencia del hábito se mantiene hasta una edad más elevada. Es decir, cuanto más tiempo se ejerce presión de la lengua sobre la cavidad oral (y en este caso el tiempo promedio de duración sobrepasó los cinco y los seis años de edad del niño), mayor es el reconocimiento de sus efectos nefastos (Bertoldi, Felício y Matsumoto, 2005; Ferrioli, 2010; Gimenez y cols, 2008; Gonzales, 2000).

Onicofagia: en este hábito, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre niños con y sin alteraciones orofaciales, lo que sugiere su no interferencia en estas alteraciones. En el marco de nuestra investigación bibliográfica, fueron pocos los autores que analizaron el asunto y, cuando lo hacían (Cunha, 2001, Gimenez et al., 2008), no fue con base en datos empíricos que confirmaran el vínculo entre la onicofagia y las alteraciones orofaciales.

CONCLUSIÓN

Al estudiar cuál es la importancia que ciertos hábitos orales y ciertas alteraciones orofaciales pueden tener en este tipo de diagnósticos, se constituyó el objetivo central de esta investigación.

Los principales resultados de este estudio se pueden resumir en los siguientes puntos:

- El género masculino es prevalente en el diagnóstico de alteraciones orofaciales;
- El uso del chupón prolongado ocurrió durante más tiempo en las niñas que en los niños;
- Los niños que usaron más tiempo el chupón y el biberón manifestaron más alteraciones en la oclusión dental, en el paladar, en los labios y en la lengua;
- Los niños con hábitos de succión de los dedos y de la lengua manifestaron más cambios en la oclusión dental, en el paladar y en la lengua;
- Las alteraciones orofaciales a nivel de los labios, de la lengua y del paladar son factores predictivos de los hábitos orales;
- La duración de los hábitos orales (lactancia materna, succión del chupón, del biberón, de los dedos, de la lengua, de los labios y la onicofagia) no constituye un aspecto predictivo para la presencia de las alteraciones orofaciales.

RECOMENDACIONES

Los estudios presentados en esta tesis presentan limitaciones y dirigen hacia nuevas investigaciones, como debe ocurrir en todas las investigaciones. A continuación hay unas recomendaciones de algunas cuestiones importantes que deben ser consideradas en nuevas investigaciones, así como posibles aplicaciones de los resultados aquí presentados.

1. Utilizar una adecuada evaluación para descartar los hábitos orales como plan de prevención.
2. Dar a conocer la importancia de las alteraciones orofaciales que pueden traer consecuencias en la fonarticulación de los niños, en los centros de salud, hospitales, instituciones y/o universidades formadoras de especialistas, haciendo referencia y énfasis en la importancia de conocer estos temas.
3. Realizar estudios semejantes, con los ajustes respectivos, en estudios comparativos, según regiones naturales del país y otras ciudades, a su vez en diferente clase etaria y grupos ocupacionales.
4. Realizar estudios más profundos sobre los factores asociados a los hábitos orales nocivos, la concientización de los mismos y la gravedad de su permanencia.
5. Conocer e informar sobre las alteraciones orofaciales y/o otras patologías relacionadas con el sistema estomatognático, cuáles son sus factores causales, y que consecuencias pueden acarrear.

CAPÍTULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Andrade, F. et al. (2005). Alteraciones estructurales de órganos fonoarticulatorios y más oclusiones dentarias en respiradores orales de 6 a 10 años. *Revista CEFAC*, 7(3), 318-325. Disponible en: <http://www.revistacefac.com.br/fasciculo.phpform=edicoes/v7n3.php#>.
- Araújo, C., Silva, G. y Coutinho, S. (2007). Aleitamento materno e uso de chupeta: repercussões na alimentação e no desenvolvimento do sistema sensorio motor oral. *Revista Paulista de Pediatria*, 25(1), 59-65. Disponible en: [http://www.spsp.org.br/spsp_2007/revista/25\(1\)-11.pdf](http://www.spsp.org.br/spsp_2007/revista/25(1)-11.pdf).
- Bankson, N. & Bernthal, J. (2004). Etiology/factors related to phonologic disorders. In N. Bankson & J. Bernthal (Ed.). *Articulation and Phonological Disorders*. Boston: Person, pp. 139-192.
- Behlau, M. et al. (2005). Disfonias Congénitas. En M. Behlau (org.). *Voz: El Libro del Especialista, Volume II*. Rio de Janeiro: Revinter, pp. 1-50.
- Berretin-Felix, G. et al. (2008). Funciones orofaciales, voz el desarrollo de la comunicación. En D. Lamônica (org.). *Estimulación del Lenguaje: Aspectos teóricos y practicos*. São José dos Campos [SP]: Pulso Editorial, pp. 91-113.
- Bervian, J., Fontana, M. & Caus, B. (2008). Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos orais – revisão de literatura. *RFO* [Revista da Faculdade de Odontologia – UFP] 13(2), Maio/Agosto, 76-81. Disponible en: <http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/13-02/14.pdf>.

- Berwig, L. et al. (2010). Alteraciones en el modo respiratorio, en la oclusión y en el habla en escolares: ocurrencias y relaciones. *Revista CEFAC*, 12 (5), 795-802. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/129-09.pdf>.
- Bianchini, E. (2005). Mastigação e ATM. Avaliação e terapia. In I. Marchesan. *Fundamentos em Fonoaudiologia. Aspectos clínicos da motricidade oral*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, pp. 45-57.
- Boni, R. (2004). Etiología de los hábitos de succión. En V. Degan y R. Boni. *Hábitos de Succión: chupón y biberón*. San José de los Campos [SP]: Pulso Editorial, pp.23-25.
- Botelho, M. y Silva, A. (2003). Avaliação funcional da disfagia em UTI neonatal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(3): 278-285. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a32v49n3.pdf>.
- Casagrande, L. et al. (2008). Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 49(2), 11-17. Disponible en: <http://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/3032/8282>.
- Cunha, V. (2001). *Previniendo Problemas del habla por el Uso Adecuado de las Funciones Orales: manual de orientación*. Carapicuíba [São Paulo]: Pró-Fono Departamento Editorial.
- Degan, V. (2004a). Fisiología de la succión. En V. Degan y R. Boni. *Hábitos de Succión: chupón y biberón*. San José de los Campos [SP]: Pulso Editorial, pp.13-15.

- Degan, V. (2004b). Tipos de succión. En V. Degan y R. Boni. *Hábitos de Succión: chupón y biberón*. San José de los Campos [SP]: Pulso Editorial, pp.17-21.
- Degan, V. (2004c). Prevalencia de los hábitos de succión. En V. Degan y R. Boni. *Hábitos de Succión: chupón y biberón*. San José de los Campos [SP]: Pulso Editorial, pp.35-36.
- Degan, V. (2004d). Hábitos de succión y distúrbios miofuncionales orofaciales. En V. Degan y R. Boni. *Hábitos de Succión: chupón y biberón*. San José de los Campos [SP]: Pulso Editorial, pp.27-28.
- Dinis, M., Silva, R. & Zuanon, A. (2009). Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(3), 329-334. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/15.pdf>.
- Douglas, C. (2007). *Fisiologia Aplicada a la Fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Felício, C. (1999). *Fonoaudiologia Aplicada a Casos Odontológicos: motricidad orofacial y audiolgia*. São Paulo: Pancast Editora.
- Ferreira, F., Marchionatti, A., Oliveira, M. y Praetzel, J. (2010). Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletérios. *RSBO. Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 7(1), 35-40. Disponible en: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rsbo/v7n1/a06v7n1.pdf>.
- Ferrini, F., Marba, S. & Gavião, M. (2007). Alterações bucais em crianças prematuras e com baixo peso ao nascer. *Revista Paulista de Pediatria*, 25(1), 66-71. Disponible en: [http://www.spsp.org.br/spsp_2007/revista/25\(1\)-12.pdf](http://www.spsp.org.br/spsp_2007/revista/25(1)-12.pdf).

- Ferriolli, B. (2010). Asociación entre las alteraciones de alimentación infantil y distúrbios del habla y lenguaje. *Revista CEFAC*, 12(6), 990-997. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/112-09.pdf>.
- Gimenez, C., Moraes, A., Bertoz, A., Bertoz, F. y Ambrosano, G. (2008). Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 13(2), 70-83. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/dpress/v13n2/a09v13n2.pdf>.
- González, N. (2000a). Componentes del aparato estomatognático. En N. González y L. Lopes. *Fonoaudiologia y Ortopedia Maxilar en la Rehabilitación Orofacial*. São Paulo: Libreria Santos Editora, pp. 1-7.
- González, N. (2000b). Funciones orofaciales. En N. González y L. Lopes. *Fonoaudiologia y Ortopedia Maxilar en la Rehabilitación Orofacial*. São Paulo: Libreria Santos Editora, pp. 19-27.
- Guedes, Z. (2005). Fissuras: avaliação e terapia. In I. Marchesan. *Fundamentos em Fonoaudiologia. Aspectos clínicos da motricidade oral*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, pp. 95-102.
- Guimarães, I. (1995). *PAOF – Protocolo de Avaliação Orofacial*. Lisboa: Edições Eupraxis.
- Heimer, M., Katz, C. y Rosenblatt, A. (2008). Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. *European Journal of Orthodontics*, 30, 580–585. Disponible en: <http://ejo.oxfordjournals.org/content/30/6/580.full.pdf>.

- Kobayashi, H., Júnior, H., Ferreira, R. y Garib, D. (2008). Relação entre hábitos de sucção não nutritivos e mordidas cruzadas posteriores na dentadura decídua. *Revista Ortodontia SPO*, 41(4), 367-372. Disponible en: http://www.ortodontiaspo.com.br/PDF_V41_05/ortopesquisa/v41_n5_ortopesquisa02.pdf
- Lamounier, J. (2003). O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 79(4), 284-286.
- Lopes, L. (2000b). Classificación de las oclusiones. En N. González & L. Lopes. *Fonoaudiologia y Ortopedia Maxilar en la Rehabilitación Orofacial*. São Paulo: Libreria Santos Editora, pp. 33-35.
- Marchesan, I. (1998). Avaliação e terapia dos problemas da respiração. In I. Marchesan. *Fundamentos em Fonoaudiologia. Aspectos Clínicos da Motricidade Oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 23-36.
- Marchesan, I. (2010). Protocolo de avaliação do frênulo da língua. *Revista CEFAC*, 12(6), 977-989. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/09.pdf>.
- Martinelli, R. et al. (2011). Correlaciones entre alteraciones del habla, respiración oral, dentición y oclusión. *Revista CEFAC*, 13(1), 17-26. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n1/17-10.pdf>.
- Medeiros, A. & Bernardi, A. (2011). Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 16(1), 73-99. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v16n1/14.pdf>.

- Menezes, V., Tavares, R. y Granville-Garcia, A. (2009). Síndrome de respiración oral: alteraciones clínicas y comportamentales. *Archivos en Odontologia*, 45(3), 160-165. Disponible en: http://www.odonto.ufmg.br/index.php/pt/arquivos-em-odontologia-principal-121/edis-anteriores-principal-125/doc_view/252-artigo-08?tmpl=component&format=raw.
- Mesomo, C. y Losso, E. (2004). Avaliação dos efeitos do uso prolongado de chupetas convencionais e ortodônticas sobre a dentição decídua. *Revista Íbero-americana de Odontopediatria & Odontologia de Bebê*, 7(38), 360-364. Disponível em: http://oa.1000grad.com/index.php/Pediatric_Dentis.
- Passos, M. & Frias-Bulhosa, J. (2010). Hábitos de sucção não nutritivos, respiração bucal, deglutição atípica – impactos na oclusão dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 51(2), 121-127.
- Paula, A. et al. (2002). Evaluación de la disfagia pediátrica a través de la videoendoscopia de la deglución. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(1), 91-96. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v68n1/8778.pdf>.
- Rochelle, I. et al. (2010). Amamentação, hábitos bucais deletérios e oclusopatias em crianças de cinco anos de idade em São Pedro, SP. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 15(2), 71-81. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n2/10.pdf>.
- Rodrigues, J., Bolini, P. & Minarelli-Gaspar, A. (2006). Hábitos de succión y sus interferencias en el crecimiento y desarrollo craneofacial de los niños.

Odontologia Clínico-Científica/Scientific-Clinical Odontology 5(4), 257-260.

Disponível em: <http://www.cro-pe.org.br/revista/revistas/OUTDEZ2.pdf>.

Santoro, P. (2008). Editorial II – Disfagia orofaríngea: panorama actual, epidemiologia, opções terapêuticas y perspectivas futuras. *Revista CEFAC* [Atualização Científica em Fonoaudiologia y Educação], 10(2).

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a02v10n2.pdf>.

Santos, D. et al. (2007). Associação entre o hábito de sucção de chupeta, a realação terminal dos segundos molares decíduos e a sobressaliência. *Revista de Odontologia da UNESP*, 36(2), 137-143.

Silva, E. (2006). Hábitos bucais deletérios. *Revista Paraense de Medicina*, 20(2), 47-50. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n2/v20n2a09.pdf>.

[Consulta em 5-5-2010.](#)

Tanaka, O, Kreia, T., Bezerra, J. & Maruo, H. (2004). A má-oclusão dentária e o hábito de sucção dos diferentes dedos. *Jornal Brasileiro de Ortodontia y Ortopedia Facial*, 9(51), 276-283. Disponível em: http://oa.1000grad.com/index.php/orthodontics_JBO/article/viewFile/164/146.

Vasconcelos, F., Massoni, A., Ferreira, A., Katz, C. y Rosenblat, A. (2009). Ocorrência de hábitos bucais deletérios em crianças da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 9(3), set/dez, 327-333. Disponível em: DOI: 10.4034/1519.0501.2009.0093.0013.

Warren, J. et al. (2001). Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *The Journal of the American Dental Association*, 132(12), 1685-1693. Disponível em: <http://jada.ada.org/content/1321.pdf+html>.

Zemlin, W. (2000). *Princípios de Anatomia e Fisiologia em Fonoaudiologia*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO I - Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Yo, _____, me enteré del estudio en el que estaré incluido y comprendí la explicación que me fue dada acerca de la investigación que se pretende realizar.

He aprendido que la participación es voluntaria y con la posibilidad de retirarme del estudio en cualquier momento, sin ningún problema.

Declaro haber aceptado la integración en este estudio, así como el uso de la información recogida en el ámbito de este trabajo de investigación.

_____, ____ de _____ del 2018

(Firma del Participante)

(Firma de la Investigadora)

ANEXO II :

Ficha de caracterización del niño

Referencia para el terapeuta: _____

Los datos recogidos en esta ficha relativos a los niños con edades comprendidas entre 3 y los 9 años y que presentan alteraciones orofaciales y hábitos orales, se destinará a ser usado en un proyecto de investigación para titulación en la Universidad Nacional Federico Villarreal. Se guardará el anonimato de las informaciones aquí presentadas. Agradecemos el interés y el tiempo disponible.

01. Edad: _____ Años y _____ meses.
02. Género: Fem ____ Masc _____
03. Distrito de residencia: _____
04. Ciudad: _____
05. Escuela/local de permanencia durante el día: Casa ____ Ama ____ Cuna/Jardín
_____ Escuela básica _____ otra _____
06. Número de hermanos: _____
07. Posición de fraternidad: Hijo único _____ Hijo mayor _____ Ultimo hijo _____
Hijo del medio _____
08. Grado de instrucción de los padres:

	padre	madre
- No sabe leer ni escribir	_____	_____
- Nivel primario	_____	_____
- Nivel Secundario	_____	_____
- Nivel Superior	_____	_____
09. Profesión de los padres: _____
10. Referencia: ¿Quién indicó al niño para la consulta? _____
11. Tiene alguna alteración del lenguaje y/o habla: _____

12. Diagnóstico Médico _____

13. Antecedentes familiares: si _____ no _____

14. Hábitos orales:

- Lactancia materna: no ___ si ___ Hasta _____ años y _____ meses.
- Chupón: no ___ si ___ Hasta _____ años y _____ meses.
- Biberón: no ___ si ___ Hasta _____ años y _____ meses.
- Succión digital: no ___ si ___ Hasta _____ años y _____ meses.
- Succión lingual: no ___ si ___ Hasta _____ años y _____ meses.
- Onicofagia: no ___ si ___ Hasta _____ años y _____ meses.
- Otro: _____

15. Respiración: Oral _____ Nasal _____ Mixta _____

16. Alteraciones orofaciales:

- Maloclusión dentaria: no _____ Si _____
- En los labios: no _____ Si _____
- En la lengua: no _____ Si _____
- En el paladar: no _____ Si _____
- Con frenillo lingual corto: no _____ Si _____
- Otra, cuál? _____

17. Fecha de evaluación: _____

Muchas gracias por su colaboración.