

**CONOCIMIENTO DE LA MADRES COMUNITARIAS DE LA CIUDAD DE SANTA
MARTA SOBRE HABITOS ORALES NOCIVOS**

**RAFAEL ENRIQUE MELÉNDEZ TOVAR
ANDREY EDUARDO QUINTERO ARÉVALO
ROBERTO MARIO CUELLO PEDROZA**

ASESORES CIENTÍFICOS:

FRANCISCO BERMÚDEZ

Odontólogo, Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

JENNY ARIAS

Odontóloga, Especialista en Odontopediatria y Ortopedia Maxilar.

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ODONTOLOGÍA
SANTA MARTA D.T.C.H.**

2015

Nota de aceptación:

Firma Del Presidente Del Jurado

Firma Del Jurado

Firma Del Jurado

Firma Del Jurado

Santa Marta, 2015

AGRADECIMIENTOS

Nada de esto habria sido posible sin toda esa gente que desde un principio estuvo a nuestro alrededor, algunos siguen hasta hoy...

GRACIAS TOTALES !!!

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
Resumen	6
Abstrac	7
1 Introducción	8
2 Planteamiento Del Problema	12
3 Justificación	15
4 Objetivos	17
4.1 <i>Objetivo General</i>	17
4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	17
5 Marco Teórico	18
6 Antecedentes	36
7 Metodología	43
7.1 <i>Tipo de Estudio</i>	43
7.2 Poblacion y Tamaño muestral	43
7.3 Criterios de Inclusión y Exclusion	44
7.4 Instrumento del estudio y recoleccion de datos	44
7.5 Variables del estudio	45
7.6 Análisis de Datos	45
8 Resultados	46
9 Discusión	54
10 Conclusiones	60
11 Recomendaciones	62
12 Referencia Bibliográfica	64
13 Anexos	68

RESUMEN

El propósito de este estudio fue describir los conocimientos de las madres comunitarias (MC) en la ciudad de Santa Marta, Colombia en cuanto hábitos orales nocivos. Un total de 155 de madres comunitarias, diligenciaron encuestas. Los datos se analizaron por frecuencia, usando la prueba χ^2 (ji- cuadrado) para significancia. En los resultados se observó que el 78,7% (122 de 155) mostraron un buen nivel de conocimiento, mientras que un 18,1% (28 de 155) y 3,2% (5 de 155) mostraron tener un aceptable y bajo nivel, Respectivamente. El grado académico de las participantes fue el único factor significativo ($P < 0.05$) relacionado con los conocimientos y actitudes en hábitos orales nocivos. Las madres comunitarias manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para favorecer una detección oportuna de un hábito oral.

Palabras Clave: madres comunitarias, hábitos orales nocivos, conocimiento.

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe the knowledge of community mothers (MC) in the city of Santa Marta, Colombia as deleterious oral habits. A total of 155 community mothers filled out surveys. Data were analyzed by frequency, using the χ^2 test (chi square) for significance. The results observed in the 78, 7% (122 of 155) showed a good level of knowledge, while 18.1% (28 of 155) and 3.2% (5 of 155) and shown to have an acceptable low level, respectively. The degree of the participants was the only significant factor ($P < 0.05$) related knowledge and attitudes deleterious oral habits. Community mothers expressed favorable conditions within their perceptions, which may be an opportunity to encourage early detection of oral habit.

Keywords: communitarian mothers, deleterious oral habits, knowledge.

1. INTRODUCCION

“Los hábitos alimentarios, de higiene y estilos de vida se asimilan e integran a la personalidad durante los primeros años, consolidándose hasta perdurar incluso en la edad adulta; de ahí la importancia de brindar una orientación adecuada y oportuna a los docentes, la familia y otros adultos significativos, responsables de la atención y cuidado de los niños y las niñas, en cuanto a qué y cómo hacer para promover la enseñanza aprendizaje de hábitos saludables y valorarlos como herramientas que ayudan a proteger y cuidar la salud” (OMS, 1986).

En lo que corresponde a hábitos orales nocivos, se entiende que son prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se realiza de manera consciente y luego de manera inconsciente y que pueden producir alteraciones en el complejo dentomaxilofacial. Los hábitos se pueden presentar en cualquier edad, forman parte del proceso de adaptación del ser humano a su medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer. En la actualidad existe una gran diversidad de hábitos nocivos que están desencadenando multiplicidad de alteraciones maxilofaciales, musculares, óseas y dentales. Los hábitos orales nocivos constituyen unas de las principales causas de alteraciones producidas en los órganos y musculatura oro-facial que traen como consecuencia el compromiso en diferente grado, de procesos tan importantes en el ser humano como: la respiración, masticación, deglución, succión, articulación y la fonación (Navas et al, 2012).

Existen diferentes tipos de hábitos orales deformantes y también diversas formas de clasificarlos, sin embargo podemos mencionar que los más comunes son: succión digital, deglución atípica, respiración oral, succión labial, bruxismo y onicofagia. Todos estos de alguna manera y según su intensidad, frecuencia y duración producirán alteraciones en el proceso de crecimiento y desarrollo maxilofacial, ocasionando desde anomalías dentales hasta problemas neuromusculares y esqueléticos.

Si no se conoce cómo se comportan los factores de riesgo de anomalías dentomaxilofaciales en nuestro medio, no se podrán realizar programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa con vistas a la prevención. No todas las maloclusiones puedan prevenirse, ni de hecho pueden todas interceptarse, pero los factores ambientales y funcionales que intervienen en su origen, pueden y así ocurre, modificar el factor genético, por tanto la prevención descansa enteramente en la confianza de que la cantidad y calidad de ellas sí pueden llegar a reducirse en la población infantil.

La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular las maloclusiones, no son de riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia, constituyen problemas de salud pública, y ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal. (Fernández et al, 2008)

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) a través de su programa “Hogares Comunitarios” liderado por las Madres Comunitarias ha brindado el apoyo a la infancia más necesitada, propendiendo por la enseñanza, el cuidado y la protección de los niños que tienen a su cargo (Pérez y Cifuentes, 2008). Así mismo, las madres

comunitarias son un grupo social importante en la intervención y cambio temprano en las percepciones sobre los hábitos orales que pueden causar daño al infante. Adicionalmente a las orientaciones inherentes a su actividad, las madres comunitarias pueden servir de apoyo a los profesionales orales en general, ya que la implementación de acciones educativas ha mostrado ser un impacto positivo en la percepción y condiciones de la salud bucal en niños, generando comportamientos y prácticas higiénicas saludables desde temprana edad.

Frente a esta problemática solo el reforzamiento de una buena educación en salud aportará una actitud positiva y por tanto hábitos adecuados que propiciarán cambios en su entorno; de esta manera estarán en actitud positiva para prevenir alteraciones en función y estética del aparato estomatognatico del niño. En congruencia a lo anterior debemos entender la importancia que tienen las madres comunitarias en la participación activa en la detección temprana de las conductas propias de hábitos orales nocivos en los niños que están bajo su custodia. No obstante, es necesario saber los niveles de conocimientos y actitudes que tengan sobre dichos hábitos, ya que según Lara *et al*, (2012) los conocimientos y la percepción que tenga el individuo sobre promoción de la salud es determinante para que se comprometa con las conductas destinadas al fomento de la misma. Esto para que una vez determinados dichos conocimientos se puedan generar las estratagemas necesarias para reforzarlos, como lo son proporcionar folletos, charlas educativas o jornadas de capacitación, y que a su vez ellas puedan asumir el rol que se esperaría a la hora de detectar conductas afines a los hábitos orales nocivos. En este sentido, el objetivo de este estudio fue medir el

conocimiento de las madres comunitarias de los hogares infantiles de la ciudad de Santa Marta acerca de los hábitos orales nocivos, su etiología y las consecuencias que pueden tener cada uno de ellos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen hábitos orales nocivos que pueden influir en el desarrollo de las maloclusiones; aunque estos no son un riesgo para la vida, sus consecuencias son un problema de salud pública Ocampo et al (2013).

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dentoestructurales, además de problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas (respiratorio, digestivo) y de aprendizaje Agurto et al (2014)

Dentro del ámbito investigativo se maneja una gran cantidad de literatura referente a los hábitos orales y estudios de su prevalencia en población infantil, pero escasos en cuanto a la valoración del conocimiento que tienen las personas que se encuentran a cargo de los niños, en nuestro caso las madres comunitarias, y en otros casos docentes, auxiliares pedagógicos entre otros. En la ciudad de Santa Marta no se encontró un estudio que valore el nivel de conocimiento de dicha población acerca de los hábitos orales nocivos, por lo que consideramos pertinente determinarlo, debido al papel que desempeñan las madres comunitarias frente a la posible detección temprana de hábitos orales nocivos en la población de niños a su cargo; todo esto con el fin de promover una intervención educativa a futuro en dichas madres, para ayudar así a la oportuna detección de dichos hábitos, apoyándolas por medio de charlas educativas y facilitándoles folletos informativos y además capacitándolas sobre el tema.

El Instituto Colombiano Bienestar Familiar es una entidad que brinda atención a los menores de los sectores más vulnerables del país, que según información consultada en el portal *online* de este organismo, en esta entidad se atiende a nivel nacional a un 1 millón 77 mil niños (ICBF Website), otorgándoles educación pre-escolar integral, entre las que encuentra la enseñanza o afianzamiento de buenas prácticas higiénicas saludables que fomenten una buena salud bucal, brindando un espacio para la educación en hábitos orales nocivos. En este sentido son necesarios estudios que busquen establecer los niveles de conocimientos y actitudes del personal encargado por el ICBF para el cuidado de niños, ya que el simple hecho de precisar lo que ellas conocen, daría un punto inicial al desarrollo de estrategias como presentación de folletos, charlas educativas, jornadas de capacitación y así mismo un seguimiento con el fin de encontrar mejorías en el conocimiento de las madres comunitarias, lo cual pueda favorecer a la detección temprana de las conductas inadecuadas de los niños a su cargo, todo esto con fines de potenciar las intervenciones promocionales y preventivas en cuidados de la salud bucal tales como higiene oral, hábitos orales y prevención de la enfermedad.

Una buena alternativa sería que a través del trabajo implementado por las madres comunitarias, se realizaran esfuerzos que permitan disminuir mediante medidas anticipatorias el impacto de las alteraciones orales a todos los niños que asisten a los programas de primera infancia, en aras de reducir patologías de la cavidad oral en edades posteriores. Básicamente se debe propender hacia una mayor complementariedad entre salud y educación, cuya meta en común es la consecución

de mejorar la calidad de vida de los niños de ahora y los hombres del futuro, pero solo será factible si los involucrados en la promoción de la salud oral tenemos y aplicamos los conocimientos y actitudes adecuadas que propiciarán cambios en la población.

Con base a todo lo que se planteo anteriormente nos hicimos el siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres comunitarias de la ciudad de Santa Marta acerca de los hábitos orales nocivos?

3. JUSTIFICACION

Según Franco *et al*, (2003) para que una intervención tenga éxito es necesario conocer previamente las necesidades reales del grupo poblacional al cual va dirigida, tratando de enfocarse en los aspectos que influyen en la naturaleza misma de la enfermedad, los cuales pueden ser analizados desde la perspectiva de los padres o adultos que cumplan la función de cuidadores. En este sentido estudios como el propuesto aquí, que buscan describir el nivel de conocimiento y actitudes de las madres comunitarias frente al tema de los hábitos orales nocivos, surge del tiempo que éstas se encuentran en contacto con la población infantil, sustituyendo la supervisión y atención de los padres biológicos durante gran parte del día. Lo anterior les permite observar comportamientos y conductas en los infantes que podrían estar relacionadas con la presencia de hábitos orales no fisiológicos, y además esto les otorga el deber de informar a los padres o en su defecto al odontólogo sobre la presencia de estos. Según Morrison *et al*, (2000) la investigaciones que busquen describir los conocimientos frente a los problema de salud bucal son pertinentes, debido a que permite el desarrollo de modelos innovadores de intervención preventiva en poblaciones vulnerables, es decir, que luego de haber determinado el nivel de conocimiento se debe desarrollar un programa intervenido enfocado en las falencias detectadas con nuestro estudio; por lo que se hace indispensable intentar en un futuro la construcción de nuevos juicios y actitudes saludables en las familias de los niños y en sus cuidadores por medio de programas de capacitación, charlas educativas y la distribución de ayudas didácticas a las madres comunitarias como lo son los folletos con información puntual y en

adecuado lenguaje, para que contribuyan a la detección temprana de conductas relacionadas hábitos orales nocivos.

Debido a las complicaciones y alteraciones oromaxilofaciales que pueden producir los hábitos orales, se hace necesaria la detección e intervención temprana, y es aquí donde juegan papel fundamental las madres comunitarias a la hora de la identificación de alguna conducta anómala que pueda relacionarse a un hábito oral nocivo en los niños a su cargo.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar el nivel conocimientos de las madres comunitarias sobre a hábitos orales nocivos de la población infantil a su cargo.

4.2 Objetivos Específicos

- Describir la edad, los nivel de escolaridad y tiempo de experiencia en las madres comunitarias participantes.
- Determinar los conocimientos y actitudes de las madres comunitarias en hábitos orales nocivos de la población infantil a su cargo.
- Establecer la asociacion entre los niveles de escolaridad, edad y tiempo de experiencia de las madres comunitarias con el conocimiento y actitudes sobre hábitos orales nocivos.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Madres Comunitarias

Las madres comunitarias, son mujeres que escasamente han finalizado su escolaridad, la mayoría son de escasos recursos económicos para instalar su propio hogar y/o guardería, para brindar atención pertinente y apropiada para el desarrollo de los niños de la comunidad que les son asignados, y de esta manera apoyar a los padres de familia que deben ir a sus trabajos durante todo el día o que, por el contrario, son víctimas del desempleo, desplazamiento, etc., y a los que les resulta fundamental contar con el servicio y compromiso de estas mujeres para que sus hijos puedan recibir la alimentación y cuidados adecuados. Al iniciar los ochenta, la atención de las madres comunitarias se caracterizaba por la existencia unificada de un modelo de intervención no escolarizado, flexible y dinámico. Las actividades realizadas eran desarrolladas a través de centros de interés, reconociéndose así el carácter pedagógico de las diversas actividades vividas en el día tras día con los niños y las niñas (Maldonado, 2000).

Actualmente, las funciones de las madres comunitarias se desarrollan en torno al Proyecto Pedagógico Comunitario, que organiza y plantea que las actividades deben girar en torno a los siguientes ejes:

- Comunicar a los niños, por medio de juegos, conocimientos generales, sobre todo en lo relacionado con la vida en sociedad;
- Hacerles participar en grupo.

- Permitir a cada niño expresarse individualmente pidiéndole que cuente anécdotas de su vida o, por qué no, sus sueños (ICBF Website). Es decir, las madres comunitarias, realizan actividades pedagógicas, orientadas a posibilitar las relaciones del niño consigo mismo, con los demás y con el mundo que le rodea, vigilando, además, el desarrollo infantil a través de la aplicación de la escala de valoración cualitativa del desarrollo.

En este sentido, en sus actividades, pretenden fortalecer el desarrollo integral de las habilidades en los niños, en los siguientes aspectos:

- Alimentación: teniendo en cuenta que en ocasiones las familias no tienen la estabilidad económica para brindar a sus hijos los alimentos necesarios para hacer frente a las necesidades fisiológicas del crecimiento y de los procesos que ocurren en el organismo, el ICBF suministra un complemento alimentario que cubre el 73% de las recomendaciones de calorías y nutrientes. Éste es el beneficio que más valora la familia al momento de llevar a los niños a los hogares comunitarios.

- Nutrición y salud: en su programa de alimentación, las madres comunitarias tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Vigilancia del estado nutricional del niño.
- Fomento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Promoción de la inscripción de los niños en los programas de crecimiento y desarrollo de los organismos de salud.
- Fomento de la higiene del niño para prevenir enfermedades infectocontagiosas.

- Fomento de la vacunación completa.
- Suministro de sales de rehidratación oral, para prevenir la deshidratación que puede producir la enfermedad diarreica aguda.
- Promoción del uso de otros servicios de salud a los cuales tiene derecho el niño.
- Coordinación entre los organismos de salud y el hogar comunitario para el desarrollo de acciones específicas requeridas por el niño.
- Identificación oportuna de la enfermedad diarreica aguda (ICBF Website).

5.2 Hábitos Orales

Los hábitos son prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se realiza de manera consciente y luego de manera inconsciente. Los hábitos se pueden presentar en cualquier edad, forman parte del proceso de adaptación del ser humano a su medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer. En la actualidad existe una gran diversidad de hábitos nocivos que están desencadenando multiplicidad de alteraciones maxilofaciales, musculares, óseas y dentales. Los hábitos orales nocivos constituyen unas de las principales causas de alteraciones producidas en los órganos y musculatura oro-facial que traen como consecuencia el compromiso en diferente grado, de procesos tan importantes en el ser humano como: la respiración, masticación, deglución, succión, articulación y la fonación (Ocampo *et al*, 2013).

Los hábitos orales son comportamientos parafuncionales que pueden ser normales en determinado momento de la vida y se ha reportado que su persistencia en el tiempo puede conducir al desarrollo de una maloclusión. Para realizar un diagnóstico adecuado es necesario un buen examen clínico, el cual debe incluir la evaluación de la función y de la morfología de la lengua, los labios y la musculatura orofacial. También se deben analizar los dientes individualmente y el tipo de oclusión. Es importante conocer el patrón funcional normal de las estructuras orales para poder distinguir los patrones anormales (Macho *et al*, 2012).

Numerosas son las causas que pueden originar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre los que se encuentran elementos totalmente externos sobre los cuales se puede actuar, tales como los hábitos bucales nocivos. Estos hábitos son considerados el resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto del punto de vista anatómico como funcional. Las lesiones traumáticas fundamentales durante la infancia favorecen la instalación de maloclusiones, ya que en esta etapa pueden poner en peligro no solamente la salud del periodonto sino también la maduración del diente en función, así como trae consigo alteraciones del germen permanente en evolución. (Borroto *et al*, 2001)

La cantidad de daño que los hábitos orales nocivos pueden generar al sistema estomatognático está dado como resultado de tres variables que son frecuencia, duración, e intensidad. Estos hábitos orales pueden ser clasificados como no

compulsivos cuando son fáciles de abandonar, tras el proceso de madurez del niño, y compulsivos cuando se fijan a la personalidad del niño (Macho *et al*, 2012).

5.3 Hábitos Orales Deformantes

Existen diferentes tipos de hábitos orales deformantes y también diversas formas de clasificarlos, sin embargo podemos mencionar que los más comunes son: succión digital, deglución atípica, respiración oral, succión labial, bruxismo y onicofagia. Todos estos de alguna manera y según su intensidad, frecuencia y duración producirán alteraciones en el proceso de crecimiento y desarrollo maxilofacial, ocasionando desde anomalías dentales hasta problemas neuromusculares y esqueléticos (Ocampo *et al*, 2013).

Si no se conoce cómo se comportan los factores de riesgo de anomalías dentomaxilofaciales en nuestro medio, no se podrán realizar programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa con vistas a la prevención. No todas las maloclusiones puedan prevenirse, ni de hecho pueden interceptarse todas, pero los factores ambientales que intervienen en su origen, pueden modificar el factor genético, por tanto la prevención descansa enteramente en la confianza de que la cantidad y calidad de ellas sí pueden llegar a reducirse en la población infantil.

La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular las maloclusiones, no son de riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia, constituyen problemas de salud pública, y ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal (Fernández, 2008)

5.3.1 Deglución atípica

La deglución se manifiesta desde muy temprano. A las seis semanas de gestación ya hay manifestaciones de actividad deglutoria. En el recién nacido la lengua está en posición postural de succión hacia delante y parece relativamente grande. La punta de la lengua toma parte en el sellado labial anterior, insertándose en las almohadillas gingivales. Esta posición de la lengua y su correspondiente deglución es denominada deglución infantil. La deglución atípica en los niños es un mal hábito, producto de muchos factores los cuales desencadenan un sin número de alteraciones a nivel de la cavidad bucal. Es la enfermedad de la lengua en la cual, la acción muscular es activada a un mal hábito. La deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua a la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar las palabras, algo más acentuado en niños de edad escolar (Acosta *et al*, 2011).

La deglución atípica o "infantil", no se trata de un estancamiento en un estadio evolutivo infantil previo, sino de una forma de deglutir anómala que puede ser consecuencia y causa de alteraciones anatómicas, y son movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral. La deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua en la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar con claridad ciertos fonemas como: d, t, l, n, r (Blanco y Quiroz, 2013). Cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados, hablamos de deglución atípica o disfuncional. Ésta, llamada

también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores, es decir, que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngea de la deglución, caracterizándose como una de las principales degluciones atípicas asociada a causas de las maloclusiones según Moyers (Alarcón, 2013).

Durante esta deglución atípica se produce un empuje lingual, que es la protrusión de la lengua entre los incisivos o los segmentos bucales durante el acto de la deglución. El empuje lingual se puede clasificar como simple o complejo; en el simple existe una contracción de labios, músculos mentonianos y elevadores mandibulares; los dientes posteriores están en oclusión, la lengua se encuentra en protrusión pero existe un engranaje cuspídeo preciso y seguro. En el empuje lingual complejo existe un empuje lingual y deglución con dientes separados, contracción en labios, músculos faciales y mentonianos, no hay contracción elevadores mandibulares y hay pobre adaptación e inestabilidad en engranaje cuspídeo (Ocampo *et al*, 2011). Las principales causas de la deglución atípica son, el uso del biberón, siendo esta una de las causas de la deglución atípica más relevante. Falta de sellado labial, debido a labios de tono muscular disminuido, es decir, la musculatura del músculo orbicular de los labios está poco desarrollado, y por ultimo respiración bucal (Blanco y Quiroz, 2013).

La presencia de este hábito puede ocasionar, a nivel maxilar vestibuloversión de los incisivos superiores, prognatismo maxilar, disminución del diámetro transversal del

maxilar, formación de un diastema central, posicionamiento anterior de la lengua. A nivel mandibular, lingualización de los incisivos inferiores. En la relación entre las arcadas, alteraciones en el plano sagital: algunos autores consideran que si la lengua se sitúa en posición alta puede causar un prognatismo maxilar y una clase II división 1. En el plano vertical: puede dar lugar a la aparición de una mordida abierta. Alteraciones fonéticas;(dificultad con las letras M, P, B, F, V .S) (Martín *et al*, 2014).

5.3.2 Respiración Oral

El acto respiratorio es de gran importancia para estimular y mantener un balance del sistema estomatognático. La respiración normal, también llamada respiración nasal, es aquella en la que el aire ingresa libremente por la nariz con un cierre simultáneo de la cavidad bucal, creándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro. En el momento de la inspiración la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo. En la respiración nasal existe un componente de respiración bucal y viceversa. Cuando la respiración se realiza por la boca, la lengua adopta una posición descendente para permitir el paso del flujo del aire. Normalmente se respira por la boca en determinadas circunstancias fisiológicas, siendo la más importante de ellas el aumento de las necesidades de aire durante el ejercicio. El respirador bucal es aquel que la mayor parte del tiempo respira por la boca. Cuando la respiración tiende a realizarse a través de la cavidad bucal se producen una serie de efectos secundarios que van desde la recepción de un aire cargado de impurezas, frío, seco, deficientemente preparado hasta los efectos más complejos capaces de producir

afectaciones sobre los maxilares, músculos y el individuo de forma general. (Podadera *et al*, 2013)

La respiración oral pueden catalogarse de dos tipos: Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral. Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre (Atuesta, 2013)

La respiración bucal constituye un síndrome que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas, por hábitos y por anatomía. Obstrucción funcional o anatómica, es la respiración que a nivel de fosas nasales, presenta un obstáculo que impide el flujo normal del airea través de ellas, la presencia de adenoides hipertrófica, cornetes hipertróficos, tabique desviado e inflamación de la mucosa por infecciones o alergias; producen resistencia a la inhalación del aire por lo que el paciente debe completar las necesidades de forma oral. Por hábito, el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminados, ya está establecido el hábito de respiración oral (Ocampo *et al*, 2013).

Entre las características del respirador oral tenemos que, O’Ryan et al. en 1982 concluyeron que al existir falta de estimulación muscular normal de la lengua, y debido a presiones mayores de los músculos de los labios y buccinador sobre los arcos de los segmentos bucales del maxilar superior se estrechan dando un maxilar en forma de “V” y una bóveda palatina elevada. Faria refiere que la respiración bucal produce una reducción del flujo de aire en la cavidad nasal, esto consecuentemente produce hipoplasia de los senos nasales y paranasales y una reducción de la presión ejercida de la lengua contra el paladar originando modificaciones en su anatomía (Nieto *et al*, 2005). Además Respirar por la boca produce cambios en el habla; debido a la menor eficiencia de los músculos ascensores y descendentes de la mandíbula, la postura de la cabeza, atresia maxilares, flacidez de la musculatura facial, posicionamiento incorrecto de la lengua, y por condiciones estructurales de la cavidad oral impuestas por maloclusión y / o deficiencias en el crecimiento y el desarrollo facial. Los trastornos del habla más comúnmente describen en respiradores orales son: anteriorización de la lengua para producir los fonemas linguo-dentales, inexactitud en los fonemas bilabiales/ p, b, m / y consonantes fricativas (/ f /, / v /, / s /, / z /, / ʒ /, / ʃ /), ceceo frontal (AC) y lateral (CL) (Hitos et al, 2013). Además la respiración bucal puede producir alteraciones musculares y posturales, que interactúan con las estructuras craneofaciales, puede producir alteraciones en la morfología, posición y dirección de crecimiento de los maxilares. Respirar por la boca hace que la lengua a descansa en una posición baja en la cavidad oral. Esto dará lugar a un desequilibrio de fuerzas entre las mejillas y la lengua, que puede afectar directamente el crecimiento y desarrollo del maxilar superior y la mandíbula. En pacientes respiradores bucales la lengua no ejerce

ninguna fuerza sobre los dientes superiores, lo que permite que el arco superior permanezca sin desarrollar, afectando así el desarrollo esquelético en los niños en edad preescolar (Lione et al, 2014). Otras consecuencias que puede traer consigo la respiración bucal son, Retrognatismo mandibular, labio superior e inferior corto e hipotónico, musculo de la borla del mentón hipertónico, vestibuloversión de incisivos superiores, maxilar superior estrecho, protrusión del maxilar superior, gingivitis e incompetencia labial.

5.3.3 Bruxismo

El bruxismo del sueño se define como un desorden estereotípico del movimiento el cual tiene un rango de prevalencia en niños entre un 5-81% y este es más común en niños entre los 6 y 8 años de edad (Grechi et al, 2013). El bruxismo es caracterizado por el apretamiento y rechinamiento de los dientes, también se puede presentar dolor de cabeza al despertar, desgaste de los dientes, alteraciones en la articulación temporomandibular, reabsorción alveolar, daño periodontal e inflamación (Stephen et al, 2010).

Estudios polisomnograficos muestran hiperactividad en los músculos temporal y masetero, durante el bruxismo del sueño, también mostrando que el bruxismo del sueño se puede presentar en cualquier etapa de este (Stephen et al, 2010). El origen del bruxismo se considera multifactorial, incluyendo factores locales, psicológicos y neurológicos, autores han demostrado la relación del bruxismo con alteraciones respiratorias (Tais et al, 2008). Se ha estudiado la relación entre la apnea obstructiva del sueño y el bruxismo, la apnea obstructiva del sueño se da principalmente por la

obstrucción de las vías aéreas superiores que es causado la hipertrofia de las amígdalas y tonsilas, provocando alteraciones en la estructura orofacial (Stephen et al, 2010). Se ha recomendado una adenotonsilectomía en pacientes con apnea obstructiva del sueño y la presencia de bruxismo (Giannasi et al, 2014), Se ha comparado la prevalencia del bruxismo en niños con apnea del sueño antes de la adenotonsilectomía y luego de esta, mostrando que el bruxismo disminuyó a valores de 12% (Stephen et al, 2010)

Para el diagnóstico de bruxismo deben tenerse en cuenta hallazgos clínicos como desgaste dental, también debe tenerse en cuenta el reporte de rechinar de los dientes por parte de los padres. Se ha realizado estudios de niños con obstrucción nasal y su relación con el bruxismo mostrando una predominancia positiva donde los niños alérgicos están más predispuestos al bruxismo que los no alérgicos, los niños con bruxismo pueden presentar mayor cantidad de hábitos orales como la succión de chupo, onicofagia y el hábito de morder objetos. Se ha encontrado en estudios que los niños con bruxismo presentaban mayor número de hábitos orales que los niños que no presentaban esta alteración (Tais et al, 2008).

En la odontología el tratamiento para el bruxismo del sueño se realiza con una férula rígida para evitar el desgaste excesivo de los dientes. Se ha estudiado el uso de una férula rígida en niños con un seguimiento de 90 días mostrando un efecto positivo de esta, donde el 88% de los padres de los niños estudiados reportaron ausencia de rechinar de los dientes durante el sueño y ausencia de dolor de cabeza al despertarse en el total de los niños (Giannasi et al, 2014),

5.3.4 Onicofagia

La onicofagia se define como el acto de morderse las uñas y es considerado un hábito no fisiológico. Su prevalencia es de un 20-40% en niños menores a tres años aumentando hasta un 25-60% entre los 8 y 12 años, la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara que en conjunto con la deglución atípica pueden causar mordida abierta anterior (ortega y franco 2013). Este hábito es más común en niños ansiosos y tensos, causando la alta prevalencia en la sociedad actual (ortega y franco 2013). Los niños nerviosos muestran este hábito con mucha frecuencia, debido probablemente a un desajuste social y psicológico, lo que adquiere mayor relevancia que la sola presencia del hábito. Se ha demostrado una mayor presencia de onicofagia en mujeres que en hombres. La importancia de la detección de la onicofagia en la odontología radica en que estos interfieren en el crecimiento facial y el desarrollo de la musculatura orofacial (Murrieta *et al*, 2009)

La onicofagia es el resultado de la repetición de una manifestación no deseada que en la frecuencia de la práctica puede instalarse pasando al ámbito inconsciente. Es por lo tanto un acto adquirido mediante la experiencia, repetitivo y adverso, proveniente de patrones neuromusculares complejos, dañino para el sistema estomatognático ya que produce un trauma en el sistema masticatorio. Además, los malos hábitos son realizados regular y automáticamente, sobre los cuáles el sujeto tiene poco control voluntario (Murrieta *et al*, 2009).

Los pacientes que padecen de este mal hábito corresponden tanto a niños como adultos jóvenes, aunque se ha demostrado que es más prevalente en niñas. "Los niños

en particular practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, a los cambios constantes en el ambiente familiar, o bien, a modo de imitación"(Murrieta *et al*, 2009).

El hábito de morderse la uñas puede llevar a causar lesiones en uñas y dedos que pueden llevar a infección (Benitez y Gazca, 2013). La importancia del estudio de los hábitos orales radica en que "todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan éstos entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial". "Además, los malos hábitos de posición o funcionamiento de dichos órganos rompen el equilibrio y conducen a disfunciones". Asimismo, se postula que la onicofagia a largo plazo provocaría una disminución del espacio articular, y por ende, desencadenaría una compresión discal de la ATM (Murrieta *et al*, 2009). Se ha planteado que si el hábito ejerce presión sobre el diente por 6 o más horas diarias puede llegar a desplazarlo, pero si el tiempo fuera menos el efecto sería casi nulo (Benitez y Gazca, 2013).

La detección temprana es muy importante, la comprensión por parte del niño con la cooperación de los padres puede llevar a un tratamiento con modificación de la conducta para eliminar el hábito (Benitez y Gazca, 2013).

5.3.5 Succión de chupete

El **hábito de succión del chupete** es una succión no nutritiva, es decir, que no le

aporta ningún tipo de nutriente al infante, sin embargo se considera una actividad normal en el desarrollo del neonato, que además les da calma y reconforta, pero el uso prolongado (después de los 3 primeros años de vida) conlleva a la aparición de alteraciones dentomaxilofaciales. La succión no nutritiva es un comportamiento común entre los niños pequeños en diversas poblaciones, y la relación entre prolongados hábitos de succión no nutritiva y anomalías oclusales se ha estudiado ampliamente. Los autores han informado que los niños con un historial de uso del chupete tienen significativamente mayor overjet, una prevalencia significativamente mayor de Clase II canina primaria y en las relaciones molares, una mayor prevalencia de mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior (Tornisiello et al, 2004).

Algunos estudios también han informado de los efectos de la prolongada succión no nutritiva en ciertas mediciones arco dental; estos efectos incluyen la disminución del ancho de arco superior y un mayor ancho de arco mandibular, con una correspondientemente mayor prevalencia de mordida cruzada posterior ((Tornisiello et al, 2004).

La succión no nutritiva puede desaparecer con el paso de los años, o por el contrario, puede continuar y potencialmente inducir a anomalías dento-alveolares.⁴ Además según los estudios de Vanderas et al., en niños de Grecia en 2002 y de Farsi et al., en 2004 en Arabia Saudita hábitos como la succión digital, onicofagia o bruxismo se asocian con desórdenes temporomandibulares (Narvaez et al, 2010).

5.3.6 Succión Digital

La succión digital es un tipo de succión no nutritiva. Chuparse el dedo ha sido considerado como un comportamiento intrascendente para los bebés a la hora de recoger información del entorno. Sin embargo, si el hábito de chuparse el dedo persiste durante un largo período de tiempo, los labios y la lengua musculatura desarrollan desarmonías y hábitos secundarios, como sacar la lengua, serán adquiridas, incluso después de la interrupción de chuparse el dedo. (Ozawa et al, 2005)

Este hábito se inicia en el primer año de vida, y continúa hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño. Los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad de hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogenético. La intensidad, requiere consideración dado que en determinados casos la inserción del dedo en boca es completamente pasiva mientras que en otros casos la conducta de succión va acompañada de una gran contracción de toda la musculatura perioral (Atuesta, 2011)

En este hábito se posiciona el pulgar u otros dedos dentro de la boca muchas veces durante el día y la noche, ejerciendo una presión definida al succionar. Ha sido asociado con un desbalance psicológico que constituye una forma errónea de solucionar problemas, y está relacionado con estados de ansiedad e inestabilidad emocional (Ocampo et al, 2013). Lo más frecuente es la utilización del pulgar, aunque, a veces, son varios los dedos succionados. Es importante la forma de introducirlo en la

boca, si apoya sobre los incisivos inferiores. (Atuesta, 2011)

Durante la dentición primaria los hábitos de succión no producen efectos nocivos; sin embargo, cuando un niño adquiere un hábito de succión no nutritivo prolongado, este con frecuencia conduce a maloclusión. Si el hábito de succión de pulgar o de otro dedo persiste más allá del tiempo en que los dientes permanentes comienzan a erupcionar, se desarrolla una maloclusión (Ocampo). Se considera que el hábito influye de un modo negativo en el desarrollo bucodentario desde la erupción completa y asentamiento de la dentición temporal, demostrándose que produce efectos perjudiciales a nivel dentario a partir de los cuatro o cinco años de edad. (Atuesta, 2011)

Existe una correlación entre los hábitos orales y maloclusión de dentición temporal; el 40% de las causas de la maloclusión se encontraron estar relacionado con los hábitos orales. Se ha informado que la incidencia de la maloclusión en niños con hábitos orales fue del 74,0%, mientras que la incidencia fue de solo 25.1% en niños sin ningún hábito oral. Ya se ha informado de muchos estudios en que los hábitos orales, la alimentación con biberón, la lactancia materna y la duración de la conducta enfermiza tienen una influencia en la dentición permanente (Ozawa et al, 2005)

5.3.7 Succión Labial.

Los hábitos bucales (no fisiológicos) son uno de los principales factores etiológicos causante de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y una deformación ósea que va a tener una mayor o menor repercusión según la edad que inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño. El hábito de succión labial por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet (Gómez et al, 2011).

El hábito de succión labial consiste en llevar el labio inferior por detrás de los incisivos superiores. Puede aparecer como variante de sustitución de la succión digital, usualmente el labio inferior es el que está implicado, aunque se han observado hábitos de mordisqueo del labio superior (Gómez et al, 2011)

La interposición repentina del labio inferior entre ambos incisivos, da como resultado una protrusión de los incisivos maxilares, inclinación lingual de los incisivos mandibulares, colapso y apiñamiento de los incisivos mandibulares. Es producido por el exceso de presión y tensión de los músculos orbicular del labio inferior y del mentón. La succión del labio puede reconocerse por los signos: enrojecimiento, irritación del labio, área agrietada abajo del borde bermellón del labio. El estrés emocional puede incrementar la intensidad y duración de la succión labial. (Gómez et al, 2011)

6. ANTECEDENTES

No se la ha logrado encontrar estudios iguales a este que se haya realizado con anterioridad, por lo cual se ha optado por utilizar trabajos afines, que incluyen el estudio del nivel de conocimiento sobre hábitos orales en escolares, en profesionales de la salud y en trabajadores de círculos infantiles como educadores y auxiliares pedagógicos. Además se han usado estudios sobre hábitos orales en general y específicos con el mismo fin, ampliar el contenido científico del estudio.

Los estudios de mayor similitud a este que se han realizado, miden también el nivel de conocimiento, pero no directamente en este tipo de población, sino en profesionales de la salud y en trabajadores de círculos infantiles como educadores y auxiliares pedagógicos. A continuación se nombran algunos de ellos.

En Cienfuegos, Cuba, se realizó un estudio descriptivo con 24 educadoras y 45 auxiliares pedagógicas en 5 círculos infantiles pertenecientes al área II de salud del municipio de Cienfuegos para determinar el nivel de conocimiento de Educación para la Salud sobre hábitos deformantes y traumas dentarios, donde se obtuvo como resultado que las educadoras y auxiliares pedagógicas poseen buenos conocimientos sobre los hábitos y traumatismos dentarios, no sucedió igual en los tipos de hábitos y conducta a seguir ante un trauma, y se observó que la evaluación general de las auxiliares pedagógicas es buena y en las educadoras deficiente (Borroto et al, 2011)

En Abreus, Cuba, Se realizó examen clínico a los niños de 5-11 años de edad de la escuela “Héroes del Moncada” del Consejo Popular Abreus, se aplicó una encuesta a los padres o tutores, educadores y niños antes y después de llevar a cabo

la intervención, para mejorar la salud bucal de esta población. Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención con diseño de antes y después de un universo de 133 niños del Consejo Popular Abreus, después de realizar un estudio previo en dicha escuela donde se determinaron los niños portadores de hábitos deformantes bucales a los que se les aplicó técnicas afectivas participativas, mioterapia grupal y psicoterapia. En este se logró elevar el nivel de conocimiento de los niños, padres y educadores de forma significativa, así como erradicar el 66,5% de los hábitos deformantes más frecuentes, reduciéndose las anomalías dentomaxilofaciales. La intervención fue efectiva, pues logró elevar el nivel de conocimiento sobre los hábitos deformantes y su repercusión, tanto en los niños como en los padres y educadores, así como la eliminación de la práctica de éstos por los niños y con ello una reducción de las anomalías dentomaxilofaciales, se logró una mejor armonía de los componentes del Aparato Estomatognático (Fernández, 2008)

En Camagüey, Cuba se realizó un estudio para determinar el nivel de información sobre hábitos bucales deformantes. Se realizó un estudio descriptivo transversal, en educadoras y auxiliares pedagógicas de círculos infantiles del Distrito Ignacio Agramonte desde enero de 2007 hasta mayo de 2008. El universo estuvo constituido por noventa educadoras y auxiliares pedagógicas y la muestra se conformó por setenta y tres trabajadoras. El nivel de información se determinó a través de una entrevista estructurada. El 42.5% de la muestra se encontró poco informada. El 83.6% de la muestra estuvo motivado por el tema y en la realización del grupo focal muchas sugirieron que se les impartiera un curso de capacitación sobre hábitos

bucales deformantes. Se pudo concluir que el nivel de información que predominó fue el de poco informado y dentro de esta categoría las educadoras resultaron ser las menos informadas, más de la mitad de la muestra manifestaron estar motivadas y conocer sobre el tema en estudio y pidieron que se les impartieran cursos de capacitación (García et a, 2010)

En Lima, Perú se realizó un estudio de tipo descriptivo y comparativo, tuvo como objetivo investigar en profesionales del área de salud (pediatras y odontólogos) los conocimientos que poseen sobre hábitos de succión, tomando como aspectos el concepto de la succión, sus beneficios, consecuencias y efectos de los hábitos prolongados de succión e intervención para el retiro de estos hábitos. Se tomó como población a 62 médicos pediatras y 53 odontólogos que laboran en Lima Metropolitana. La muestra fue intencional. Como instrumento fundamental se elaboró un cuestionario de alternativas múltiples conteniendo 15 ítems, el mismo que fue validado por cinco jueces, todos ellos expertos en motricidad orofacial. Los datos obtenidos permitieron concluir que no existe mayor diferencia entre el conocimiento que poseen los pediatras y los odontólogos de Lima Metropolitana en relación a los hábitos de succión. Además, el 79% de los pediatras y el 68% de los odontólogos sospecharían de la existencia de algún hábito prolongado de succión al observar la presencia de ciertas características en sus pacientes, sin embargo sólo el 60% de los pediatras y el 57% de odontólogos reconocen los efectos que podrían ocasionar los hábitos prolongados. Se notó también que un buen porcentaje (34 % de pediatras y el 41% de los odontólogos) no relacionan los problemas articulatorios del habla con los hábitos prolongados de succión. Finalmente, se comprobó que existe insuficiente información en los profesionales

entrevistados (31% de pediatras y 34% de odontólogos) para orientar adecuadamente el tratamiento a seguir para el retiro del hábito, o para recomendar especialistas a quienes acudir en caso de presentarse en sus consultas niños con hábitos prolongados de succión. (Cuba, 2012)

En Matanzas, Cuba, Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo y prospectivo, donde se aplicó una intervención educativa en niños de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes pertenecientes a la escuela primaria “Gabriel Valiente” del área de salud de Santa Martha, municipio Varadero, provincia de Matanzas, en el período comprendido por el curso escolar 2005-2006. El universo estuvo constituido por 120 niños de preescolar y primer grado de esta escuela, de donde se obtuvo una muestra de 87 escolares que presentaban hábitos bucales deformantes. Para dar respuesta a los objetivos se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo y hábitos bucales deformantes. Se observó el predominio del uso del biberón en los niños de estas edades (65,6 %) en relación con el reto de los hábitos estudiados, así como el hecho de que al finalizar la intervención disminuyó la presencia de dichos hábitos. (Cepero et al, 2011)

La presencia de los hábitos orales deformantes puede variar de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional que se valore, dependiendo de las características de la población estudiada así como de otros factores, por lo cual se pueden encontrar cifras que oscilan en valores diferentes en los diversos estudios que se han realizado.

En Chile un estudio realizado a una población constituida por niños de 3 a 6 años de 6 colegios y 4 jardines infantiles particulares del área oriente de Santiago, con un total de

1110 niños quienes, al momento del examen, presentaban amígdalas sanas, dentición temporal completa e integridad coronaria. El 66% presentó malos hábitos. Se observaron un total de 1 878 casos, siendo los más frecuentes la succión (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%). Los objetos más succionados fueron la mamadera en 55%, el dedo en 23% y chupete 15%. De los niños que presentaron malos hábitos, el 57% (417) presentó a lo menos una anomalía dentomaxilar. Las anomalías más frecuentes fueron distoclusión 38%, mordida cruzada 28% y mordida abierta en 16%. Se corroboró una asociación altamente significativa entre la presencia de los malos hábitos y el desarrollo de maloclusiones, $p < 0,0001$. (Agurto et al, 1999)

En matanzas, Cuba, en el año 2006, se realizó un estudio descriptivo y transversal en niños de 6 a 11 años, pertenecientes a las escuelas primarias del área de salud Policlínico de Milanés, en la ciudad de Matanzas. El universo estuvo integrado por 2 300 niños de los cuales fue seleccionada una muestra de tipo no aleatoria estratificada según edades, constituida por 506 escolares de ambos sexos matriculados en las escuelas primarias José A Echeverría y Manuel Ascunce, curso 2005-2006, que reciben atención en la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC. Se identificaron los hábitos: respiración bucal, succión digital y deglución atípica, y fue determinada su relación con las maloclusiones dentarias. El 58,7 % de niños fue identificado con hábitos bucales deformantes .La mayor prevalencia detectada estuvo en la deglución atípica (25,3 %), seguidos por la respiración bucal (19,4 %) y la succión digital (14,0 %). Las maloclusiones de Clase II división 1 predominaron en los identificados con hábitos,

cuyos valores fueron: 34,7 %, 39,4 % y 32 % en los que presentaron respiración bucal, succión. (Álvarez et al, 2007).

En San Antonio de los Baños, Cuba, en 2007 se realizó un estudio cuya población de estudio estuvo constituido por 28 543 niños entre 3 y 5 años cumplidos, de los cuales se escogió una muestra de 300 niños atendidos en consultorios del médico y enfermera de la familia de los municipios San Antonio de los Baños, Santa Cruz del Norte y Mariel. El hábito de mayor prevalencia fue la succión del tete, que representó el 49 % del total de niños con estos hábitos (200), seguidos por la respiración bucal con el 39 % y la interposición lingual en deglución con el 38,5 % de estos niños. Se encontró una estrecha relación entre los hábitos bucales deformantes y la presencia del escalón distal desfavorable al nivel de los segundos molares temporales, sobre todo en los hábitos de interposición lingual en deglución y en reposo (Alemán et a, 2006).

En pasto, Colombia en el año 2010, se diseñó un tipo de estudio descriptivo de corte transversal donde se evaluaron 511 escolares de estrato bajo de 6 a 10años de la Escuela ITSIN de San Juan de Pasto y se tomaron variables como edad y género. 186 niños (36%) tuvieron hábitos orales, de estos 43% fueron niñas y 57% niños. Según edad, los hábitos orales fueron más frecuentes en niños de 8 años. Con respecto a género, la interposición lingual fue más frecuente en niñas y la onicofagia en niños (Narvárez et al, 2010)

En 2011, en porto, Portugal, se estudiaron 1.176 niños entre las edades de 3 y 13 años

de edad para el proyecto “para- nhos sorridente” de la facultad de odontología de la universidad de porto. El análisis estadístico se realizó mediante el análisis estadístico del SPSS v.19.0 del programa. El nivel de significación se fijó en 0,05. Se detectaron anomalías oclusales en el 29,2% de los niños: el 11,2% tenía mordida anterior abierta; 4.8% tenían mordida abierta posterior; 9.2% tenían mordida cruzada anterior; y el 16,1% tenían mordida cruzada posterior. Se detectaron hábitos orales nocivos en el 33,8% de los niños: 2.4% tenían hábitos de succión no nutritiva; chuparse el labio 3,8%; succión lengua 1,9%; chuparse el dedo (pulgares) 4,5%; 2.3% chupar otro dedo; morder labio 7,6%; morderse las uñas 29,3%; sacar la lengua 5.1%; y 1,4% morderse la mejilla. De los 381 niños con hábitos orales nocivos, 130 (34,1%) tenían anomalías oclusales ($p = 0,009$). (Macho et al, 2007)

7. METODOLOGIA

7.1 Tipo de Estudio

Es un de tipo transversal, descriptivo y correlacional, que busca especificar la distribución de los conocimientos sobre los hábitos orales nocivos que tienen las madres comunitarias y como varían estos conocimientos con respecto a su edad, años de experiencia y nivel académico.

7.2 Población y Tamaño muestral

Según FUNDAPROBIC (Entidad asociada al ICBF), la población de mujeres que pertenecen y ejercen su labor como madres comunitarias en los hogares de bienestar del ICBF fueron de aproximadamente 260 madres comunitarias. Una vez aplicada la fórmula para estudios descriptivos (Abajo), arrojé un tamaño de muestra de 155 madres comunitarias. Para la elección de los mismos se realizó a través de un muestreo aleatorio simple.

El tamaño de muestra fue obtenida mediante la fórmula:

$$n > \frac{N \cdot p \cdot (1-p)}{\left(\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z_{\alpha/2}^2} + p \cdot (1-p) \right)}$$

- n: Igual Tamaño de muestra
- p: Igual probabilidad de éxito
- Q: Igual a probabilidad de fracaso
- Z: Nivel de confianza al 95% IGUAL 1.96
- E: Igual al error máximo permitido igual 0,05.

7.3 Criterios de Inclusión y Exclusion:

7.3.1 Criterios de Inclusión:

Madres comunitarias de los hogares de bienestar a cargo de FUNDAPROBIC.

7.3.2 Criterios de exclusión:

Aquellas madres comunitarias que no acepten participar en el estudio.

7.3.3. Limitaciones de la investigación

De acceso a la muestra, está en caso que las madres rechacen participar en el estudio.

7.4 Instrumento del estudio y Recolección de datos

Una vez seleccionada la muestra, se les aplicó una encuesta elaborada con base a 11 preguntas con única respuesta correcta, de las cuales las preguntas número 2 y 10 se dividieron en 7 y 6 ítems respectivamente que se analizan y evalúan individualmente. Previamente esta encuesta fue revisada y validada por tres especialistas en las áreas de ortodoncia, ortopedia, odontopediatría y un asesor metodológico. Los criterios considerados en el cuestionario fueron conceptos básicos sobre hábitos orales no fisiológicos y sus posibles consecuencias. Esta encuesta se realizó previa autorización de la persona encuestada a través de un consentimiento informado adjunto a la encuesta.

7.5 Variables del estudio

- Conocimientos sobre hábitos orales.
- Edad de las madres comunitarias.
- Nivel de escolaridad de las madres comunitarias.
- Tiempo de experiencia como madre comunitaria.

7.6 Análisis de datos

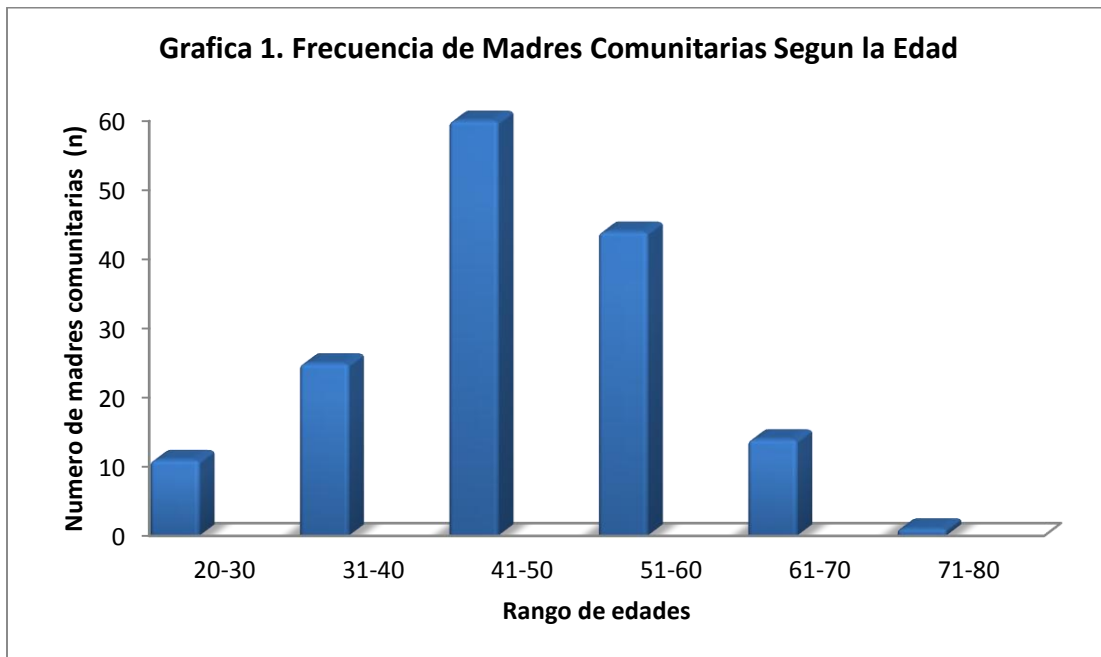
Para el análisis y procesamiento de la Información obtenida mediante la encuesta se empleó el software estadístico SPSS versión 19. Mediante este se realizó un análisis descriptivo, que contiene como media, mediana, cálculo de frecuencias simples, absolutas y relativas y desviación estándar.

De igual forma se realizó un análisis bivariado para estudiar la relación entre los conocimientos sobre hábitos orales nocivos con la edad, años de experiencia y nivel de escolaridad. Para lo anterior se utilizará la prueba de independencia de Chi cuadrado (*Ji-Cuadrado*). En este caso un valor $p < 0,05$ nos indicará que existe una asociación o dependencia estadísticamente significativa entre las variables.

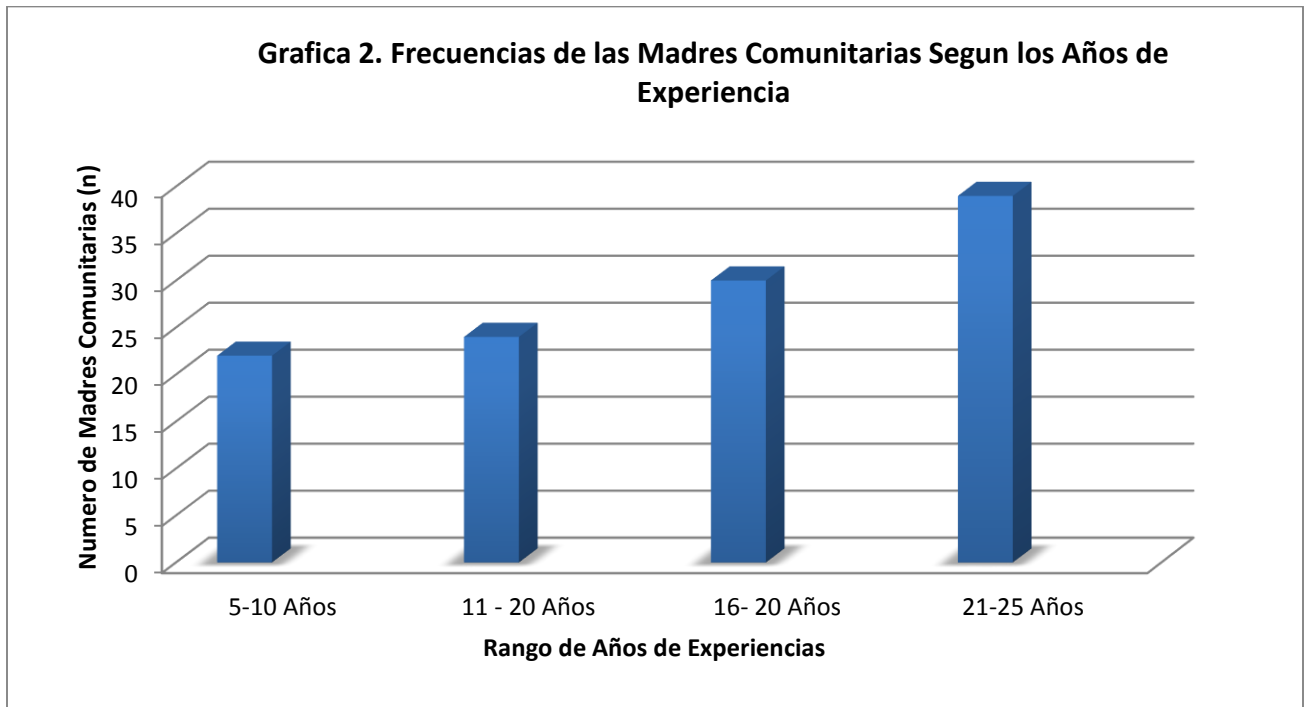
8. RESULTADOS

8.1 Frecuencia de edad, años de experiencia y nivel de escolaridad de la población objeto de estudio.

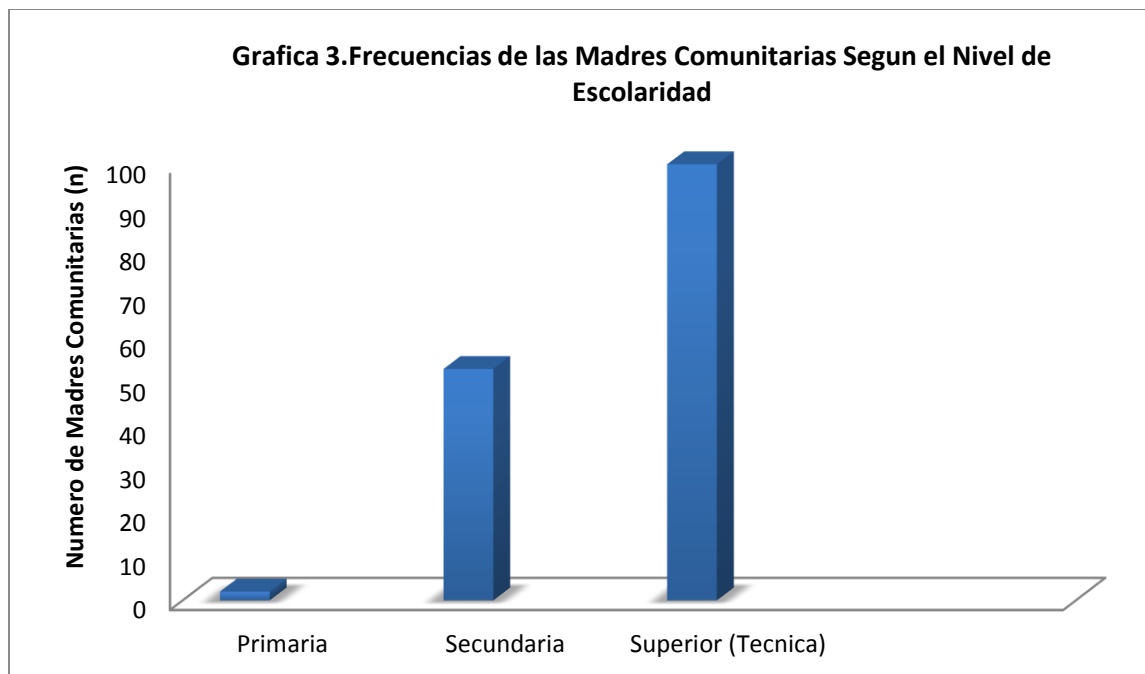
De las 155 madres comunitarias participantes en el presente estudio tuvieron un promedio de edad de 47 años (DE=10.2). Se encontró que las edades de las madres comunitarias participantes oscilaban entre 24 y 71 años, concentrándose la mayoría en el rango de edad entre 41-50 años (n=60 individuos) (Grafica1). La mediana de la edad de las madres comunitarias fue 48 años, mientras que solo hubo una sola madre que tenía más de 71 años de edad.



En cuanto a los años de experiencia, el promedio fue de 15.8 años (DE=7.9), siendo que la mayoría de estas tenían mas de 20 años de experiencia. La mediana de los años de experiencia fue 18 años (Grafica 2).



Con respecto al nivel de escolaridad, el más frecuente fue el nivel superior (técnica). Los resultados en esta variable fueron educación superior (técnica), Bachiller y primaria, en un 64,5 % (100 MC), 34, 2 % (53 MC) y 1,3 % (2 MC) respectivamente (Grafica 3).



8.2 Análisis Cuantitativo de los conocimientos y actitudes frente los hábitos orales por las madres comunitarias.

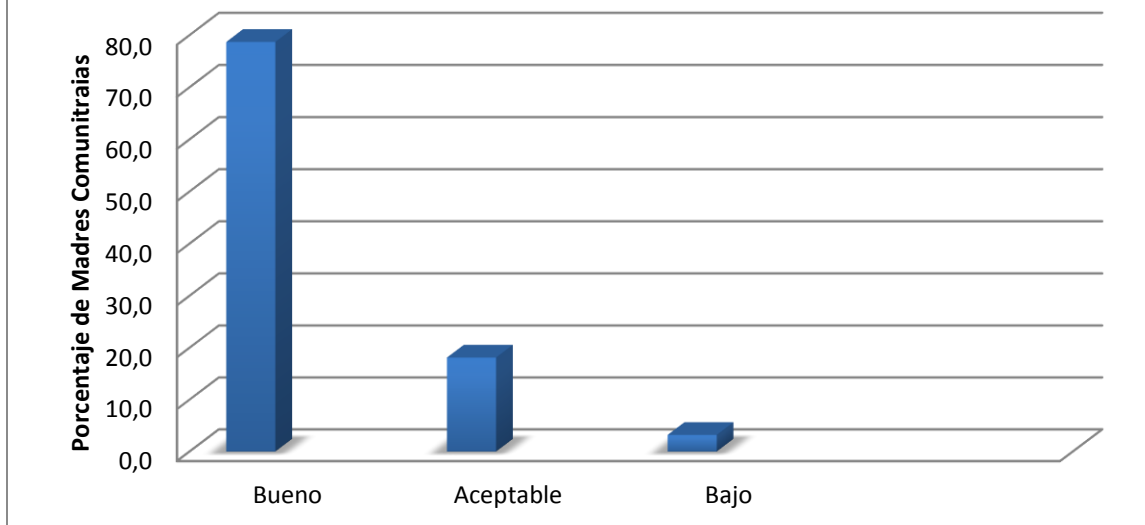
A manera general, cuando evaluamos los conocimientos de los hábitos orales nocivos presentados por las madres comunitarias participantes del presente estudio, observamos que 78,7% (122 de 155) mostraron un buen nivel de conocimiento, mientras que un 18,1% (28 de 155) y 3,2% (5 de 155) mostraron tener un aceptable y bajo nivel, Respectivamente. (Grafica 4). Los resultados de la encuesta se calificaron de la siguiente manera por intervalos de número de respuestas correctas:

1 a 8 = bajo nivel de conocimiento

9 a 15 = regular nivel de conocimiento

16 a 22 = buen nivel de conocimiento

Grafica 4. Frecuencia de los Madres Comunitarias sobre los Conocimientos de Habitos Orales Nocivos



Cuando analizamos discriminadamente los conocimientos de las madres comunitarias sobre los hábitos orales nocivos, como en el caso del concepto que tenían las participantes sobre los hábitos orales nocivos, observamos que el 52,9% (82 de 155) de las madres comunitarias no tienen claridad sobre el concepto, mientras que el 47,1% (73 de 155) restante de las madres comunitarias manifestaron un concepto acertado acerca del concepto de los hábitos orales nocivos (Tabla 1).

ÍTEM EVALUADOS		Correcta	Incorrecta
		n (%)	n (%)
1	Conceptos sobre hábitos orales nocivos	73 (47,1)	82 (52,9)
2	Conductas Dañinas en el niño		
	Comerse las uñas	150 (96,8)	5 (3,2)
	Tomar tetero después de 3 años de edad	119 (76,8)	36 (23,2)
	En reposo respirar únicamente por la nariz	88 (56,8)	67 (43,2)
	Chuparse el labios	124 (80,0)	31 (20,0)
	Llevarse objetos a la boca	29 (18,7)	126 (81,3)
	Tragar con la boca cerrada	97 (62,6)	58 (37,4)
	Chuparse los dedos	133 (85,8)	22 (14,2)
3	Hasta que edad es recomendable el uso del chupete	14 (9,0)	141 (91,0)
4	Causas de tomar tetero mas tiempo de lo recomendado	120 (77,4)	35 (22,6)
5	Visita al odontólogo por hábitos como chuparse el dedo o el labio	134 (86,5)	21 (13,5)
6	Por qué es dañino para el niño dormir con la boca abierta	48 (31,0)	107 (69,0)
7	La forma adecuada de tragar mientras el niño come	140 (90,3)	15 (9,7)
8	Origen del rechinar de los dientes	25 (16,1)	130 (83,9)
9	Causas de comerse las uñas	45 (29,0)	110 (71,0)
10	Consecuencias de los hábitos orales nocivos		
	Dientes inclinados hacia delante	139 (89,7)	16 (10,3)
	Dientes montados o apiñados	119 (76,8)	36 (23,2)
	Mayor numero de caries	131 (84,5)	24 (15,5)
	Desgaste de los dientes	124 (80,0)	31 (20,0)
	Irritación de la piel debajo del labio	111 (71,6)	44 (28,4)
	Agrandamiento de labio que se chupa	126 (81,3)	29 (18,7)
11	Causas del daño por parte de los hábitos orales nocivos	76 (49,0)	79 (51,0)

Con respecto a ciertas conductas en el comportamiento del niño, encontramos que ítem como comerse las uñas fue reconocida como perjudicial o dañina en un 96,8 % (150 de 155) de las madres comunitarias examinadas. De esta misma forma la respuesta fue acertada en el 76,8 %, 56,8 %, 80 %, 62,6% y 85,8% de las madres comunitarias cuando se les consulto sobre los ítems tomar tetero después de los tres años de edad, respirar por la nariz en reposo, chuparse el labio, tragar con la boca cerrada y chuparse los dedos, respectivamente. En contraste cuando se les pregunto sobre llevarse objetos a la boca la mayoría (81,3 %) (126 de 155) de las madres comunitarias presento una respuesta incorrecta.

En cuanto a la edad normal para que el niño use chupete, se encontró que una alta frecuencia de madres comunitarias (91%) (141 de 155) manifestaron tener un conocimiento erróneo frente sobre a este ítem, solo el 9% restante respondió correctamente. Esta misma situación se observo en el 70 %, 84 % y 71 % de las madres comunitarias, que emitieron una respuesta desfavorable cuando se les pregunto sobre las consecuencias que el niño duerma con la boca abierta, origen de la relación entre el rechinar de los dientes y las causas de comerse las uñas, respectivamente. Lo anterior difiere cuando se indago sobre las causas de tomar tetero mas tiempo de lo recomendado, visita al odontólogo por hábitos como chuparse el dedo o el labio y la forma adecuada de tragar mientras el niño comen las cuales se observó una respuesta correcta en un 77,4 %, 86,5 % y 90,3 % en las madres comunitarias, respectivamente (Tabla 1).

Por otro lado, cuando se interrogo sobre las consecuencias de los hábitos orales nocivos se observo que hubo acierto en la mayoría de los ítem evaluados. Donde se obtu-

vieron un porcentaje de acierto del 89,7 %, y 84,5%, en los ítems dientes inclinados hacia delante y mayor número de caries, respectivamente. En la **Tabla 1** se describe en detalle el resto de ítem evaluados como consecuencia de los hábitos orales nocivos.

Finalmente cuando se les consultó sobre de que depende la severidad de los daños ocasionados por los hábitos orales nocivos, encontramos que el 51 % de las madres emitió un concepto errado sobre este ítem, mientras el 49 % acertó sobre las causas correctas de los hábitos orales nocivos en niños preescolares.

8.3 Relación entre la edad, años de experiencia y nivel educativo con los hábitos orales nocivos en las madres comunitarias

En cuanto a la relación entre de los conocimientos y las variables analizadas en este estudio (edad, años de experiencia y nivel educativo) se realiza mediante la prueba de Ji Cuadrado. En cuanto a la edad, a pesar de que los grupos etéreos de mayor edad fueron mas asertivos en comparación con los de menor edad no una hubo significancia estadística cuando se cruzaron estas variables ($p > 0.05$). De igual forma cuando se analizó la distribución del conocimiento sobre los hábitos orales nocivos con respecto a los años de experiencia, se evidencia una relación directamente proporcional entre el conocimiento adecuado y los años de experiencia, sin embargo la diferencia no fue significativa ($p > 0.05$). En contraste cuando se estudio las posibles asociaciones entre el nivel de conocimientos y el nivel de educación que tienen las madres comunitarias, se

corroboro que existe asociación estadística ($p < 0.05$). Cabe señalar que la mayoría de las madres comunitarias que hicieron parte de la muestra representativa manifestaron tener un nivel de educación superior (Técnico), por lo que los resultados mostrados aquí solo tienen carácter de exploratorio, no siendo concluyentes.

Tabla 2. Modelo multivariable para conocimientos y actitudes de las madres comunitarias hábitos oral de acuerdo con variables categóricas objeto de estudio.

Conocimiento y actitudes de las Madres Comunitarias	Coefficiente	Error	Valor p	IC 95 %
Edad	0.35	0,24	0.15	-0.13-0.78
Años de experiencia	0,46	0,09	0.18	-0.05-0.83
Nivel de escolaridad	0.32	0.18	0.039	-0.02-0.76

9. DISCUSION

Con este estudio se pretendió describir los principales conocimientos frente a hábitos orales nocivos que presentan las madres comunitarias de hogares infantiles de la ciudad de Santa Marta. Las madres comunitarias son un pilar fundamental en la transmisión de buenos hábitos orales a los niños(as) de edad preescolar, así como el hecho de enseñar y afianzar el autocuidado a través de actividades con los padres de familia, permitiendo que el mensaje llegue a todos los ámbitos donde el niño se desenvuelve. Lo anterior resalta en la necesidad de seguir realizando este tipo de estudio, ya que deben ser de carácter prioritarios al momento de actuar y establecer condiciones óptimas para la prevención en salud bucal en niños de primaria infancia. Esto es corroborado por Campo *et al*, 2010, quienes han demostrado que las charlas educativas son efectivas como herramienta para elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres y cuidadoras de menores de 6 años. Así como el hecho que el nivel de conocimiento posterior a una intervención educativa aumenta ostensiblemente.

De forma global, cuando se evaluó el nivel de conocimientos y actitudes de las madres comunitarias, mostro ser satisfactorio ya que cerca del 80 % de las madres comunitarias mostraron idoneidad en sus respuesta. Sin embargo es importante resaltar que la mayoría de las respuestas correctas están limitadas solo a la identificación de una conducta nociva, mas no a emitir conceptos claros acerca de lo que significa un hábito oral nocivo o sus causas. Estos resultados fueron parecidos a los hallados por González (2012) donde reporta que los cuidadores de los niños, en un 60 % presentaron un buen

nivel de conocimiento sobre los hábitos orales, permitiéndoles brindar buenos cuidados a los niños a su cargo, así como el hecho de poder implementar ciertas conductas en niños de edad preescolar en aras de prevenir alteraciones orales en un futuro. En contraste con lo anterior, un estudio realizado por Martignon *et al*, (2010) reporta que cuando examinaron nivel de conocimiento y actitudes sobre hábitos orales, el 60 % de los participantes presentaron un nivel regular de conocimiento; mientras un 24% y 16% manifestaron un bueno y bajo nivel, respectivamente. Cabe señalar que los diferentes niveles de conocimiento de los hábitos orales entre un estudio y el otro, está influenciado por el instrumento utilizado durante la recolección de la información (Martignon *et al*, 2010). Así como también por el tipo de conocimiento específico encuestado. Los resultados de los estudios de Gonzales (2012) y Martignon *et al*, (2010) fueron traídos a colación porque si bien no evalúan específicamente conocimiento sobre hábitos orales nocivos, son estudios que determinan niveles de conocimiento de una población similar.

Las madres comunitarias, son mujeres que escasamente han finalizado su escolaridad, la mayoría son de escasos recursos económicos para instalar su propio hogar y/o guardería, para brindar atención pertinente y apropiada para el desarrollo de los niños de la comunidad que les son asignados. Al iniciar los ochenta, la atención de las madres comunitarias se caracterizaba por la existencia unificada de un modelo de intervención no escolarizado, flexible y dinámico. Las actividades realizadas eran desarrolladas a través de centros de interés, reconociéndose así el carácter pedagógico de las diversas actividades vividas en el día tras día con los niños y las niñas (Maldonado,

2000). Contrario a esto en el estudio se encontró que la mayoría de las madres comunitarias (64,5% grafica 3) poseían un nivel de estudio superior (técnico), esto demuestra que con el paso de los años se le ha otorgado mayor importancia al nivel de preparación académica que deben tener las personas a cargo del cuidado de los infantes.

Al encontrar que las madres comunitarias son personas con una gran experiencia laboral, de 20 o más años de ejercicio (figura 2), con un nivel de escolaridad que en su gran mayoría fue técnico (figura 3), y un promedio de edad de 47 años (figura1), se podría explicar los grados de idoneidad que se hallaron en las respuestas de las madres comunitarias analizadas, resultados similares a los reportados por Cuba (2012) ya que hubo porcentajes de respuestas correctas notoriamente altos, debido al nivel de educación de la población de estudio (profesionales de la salud) y en contraste con el estudio realizado por García *et al* (2010) donde los resultados fueron que un 42.5% de la población de estudio, compuesta por educadoras y auxiliares pedagógicas no poseían niveles adecuados en educación sobre hábitos orales (Estas referencias son utilizadas en la discusión debido a que si bien no se mide conocimiento en una población similar, se realiza sobre el tema específico de estudio que son los hábitos orales nocivos y compara los niveles de educación). Si sumamos dichos hallazgos al conocimiento de las condiciones de la comunidad donde está ubicado el hogar infantil, pueden facilitar el trabajo promocional en educación en salud oral ya que cuando existe una relación estrecha entre la comunidad, el establecimiento educacional y los padres se generaría un impacto mayor en el grupo de niños de la primera infancia. Según González *et al*, (2011), entre las ventajas que se pueden obtener con el trabajo mancomunado entre

los diferentes actores del problema, permitirá la desmitificación de factores, como por ejemplo lo sucedido con la pregunta 8 consignada en la encuesta que fue aplicada para la recolección de la información, en donde se atribuyó en gran medida a los parásitos intestinales la etiología del bruxismo, lo cual según lo comentaron muchas de las encuestadas esta es una creencia que han heredado de generaciones anteriores y la estigmatización dada a la pregunta 3 en donde se rechazaba de manera rotunda el uso del chupete al punto de generar en un alto porcentaje una respuesta propia para la pregunta, que resumida decía: “No se debe usar”, aludiendo a que esta información les fue suministrada durante sus capacitaciones. Además favorecerá la iniciativa de asistir a los servicios de salud pública por parte de los padres con motivo de valoración y control a sus niños(as) como consecuencia de las inquietudes que les otorgan los nuevos conocimientos.

Entre las expectativas de este estudio esperábamos encontrar una relación entre el conocimiento de los hábitos orales nocivos y la experiencia laboral de las madres comunitarias, sin embargo no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Una posible explicación al anterior panorama, lo plantea Sosa et al, (2010) quienes en estudio demostraron que las madres, dicen una cosa y al momento de observarlas es muy diferente a lo que manifiestan, es decir, no siempre el conocimiento está relacionado con las prácticas que se realizan.

En contraste a lo anterior cuando cruzamos las variables nivel de escolaridad con los conocimientos de los hábitos, si observamos la existencia de una asociación

estadísticamente significativa. Estos resultados coinciden con lo reportado por Benavente et al (2012) quienes encontraron asociación significativa entre el grado de escolaridad y nivel conocimiento de las madres de familia ($p = 0,02$). Con base a esto podemos inferir la necesidad y relevancia que las madres comunitarias se capaciten formalmente en el tema de hábitos orales nocivos, para así poder aportar a la detección oportuna de alteraciones por medio de presentación de folletos, charlas educativas, jornadas de capacitación y así mismo un seguimiento con el fin de encontrar mejorías en el conocimiento de las madres comunitarias, lo cual pueda favorecer a la detección temprana de las conductas inadecuadas de los niños a su cargo. En este sentido, con base a este estudio, las madres comunitarias de la ciudad de Santa Marta, especialmente la que no poseen un nivel de educación superior (técnico) necesitan apoyo en términos de sus competencias en el tema de hábitos orales nocivos, ya que hay conocimientos que se deben profundizar y actualizar.

Los padres de familia se consideran la fuente primaria de la educación temprana en los menores, así como los maestros y toda persona encargada de su cuidado. Actualmente el número de padres que trabajan fuera del hogar va en incremento, por lo que los niños pasan una cantidad considerable de tiempo en centros educativos u hogares comunitarios, de manera que su personal se debe involucrar en el cuidado de la salud oral, de modo que todas las intervenciones de promoción deben ir dirigidas a ambos grupos.

Finalmente este estudio arrojó asociación estadística entre el nivel de escolaridad de la madres comunitarias y su nivel de conocimiento acerca de hábitos orales nocivos, sin embargo es importante resaltar que la mayor parte de la muestra del estudio tenían un nivel de educación superior (técnico) 64,5 %, y tan solo el 34, 2 % y 1,3 % tenían un nivel de educación media y básica respectivamente, es decir que no hubo una distribución equitativa de la muestra, por lo cual desde este punto de vista los resultados mostrados en este estudio solo tienen carácter de exploratorio, no siendo concluyentes.

10. CONCLUSIONES

- La edad de las madres comunitarias oscilo entre 24 y 71 años, concentrándose la mayoría en el rango de edad entre 41-50 años.
- La mayoría de las madres comunitarias tiene mas de 20 años de experiencia
- El 64, 5% de las madres comunitarias tienen un nivel de escolaridad superior (técnico), mientras que solo 1,3 % de éstas termino la primaria.
- El análisis de los resultados de la encuesta sobre hábitos orales nocivos aplicada a las madres comunitarias de la ciudad de Santa Marta, arrojó como resultado un buen nivel de conocimiento en la mayoría de estas (78,7%), hecho que les debería permitir una detección oportuna de conductas relacionadas a hábitos orales nocivos y por ende brindar mejor cuidado de la población infantil a su cargo. Sin embargo este resultado puede estar sujeto a sesgo debido a que al hecho de omitir la opción de respuesta “no se” se condiciona a la madre comunitaria encuestada a elegir una opción que por azar podría ser la correcta.
- Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el nivel de escolaridad y el conocimiento de los hábitos orales nocivos.

- Estudios como este ratifica la necesidad e importancia de realizar investigaciones que busquen esclarecer los conocimientos y falencias que tengan aquellos que estén a cargo de la población infantil.

11. RECOMENDACIONES

- Gracias a este estudio se ha logrado establecer que tanto conocen las madres acerca del tema de hábitos orales nocivos, en general se obtuvo un buen nivel de conocimiento, sin embargo es importante resaltar que este resultado podría verse sometido a sesgo, debido a que luego de aplicar el instrumento se halló que este condicionaba las madres a siempre escoger una respuesta, lo que podría conducir a escoger la respuesta correcta por azar modificando los resultados del estudio y quizás aumentado el nivel de conocimiento real. Por lo cual dentro de los anexos se agrega un nuevo instrumento con las correcciones realizadas a las fallencias halladas, el cual deberá aplicarse durante la segunda fase del estudio una vez se realice la intervención educativa y así establecer si dicha intervención tiene algún impacto mejorando de la población estudiada.
- Los resultados obtenidos a través de esta investigación nos permite inferir la necesidad de desarrollar programas educativos con el fin de proporcionar métodos de prevención y concienciación de salud bucal, específicamente en el tema de hábitos orales nocivos.
- Buscar un enfoque social del estudio por medio de una intervención mayor, es decir no limitarse a la aplicación de la intervención educativa solo a las madres comunitarias adscritas a FUNDAPROBIC, sino también incluir a las madres comunitarias que se encuentren dentro de la base de datos de otras fundaciones asociadas al ICBF.

- Mejorar los niveles de conocimiento sobre hábitos orales nocivos, mediante planes de intervención que conste de charlas educativas, capacitaciones y el diseño de herramientas complementarias, como lo son los folletos para así mejorar el impacto en la percepción y adquisición de conocimientos no solo de las madres comunitarias, sino también de los padres y educadores de la población infantil, debido a que esto puede repercutir positivamente en la detección temprana de los mismos, y a su vez esto podría generar la reducción de la prevalencia de dichos hábitos.
- Una herramienta de suma importancia durante la fase interventiva será la cartilla educativa, debido a que será esta la que las madres comunitarias mantendrán consigo y por medio de la cual podrán recordar aspectos importantes acerca del tema en el que se les busca capacitar. Dicha cartilla deberá manejar un lenguaje claro y fácil de entender por esta población, y la información escrita deber ser reforzada con imágenes ilustrativas acerca del tema. La información contenida en esta serán aspectos puntuales acerca de hábitos orales nocivos, como por ejemplo q son estos, cuales son, como pueden afectar a los niños a su cargo, como identificar si alguno de los niños presenta uno de estos hábitos orales nocivos, la importancia de una intervención temprana, la importancia de llevar al niño al odontólogo al sospechar de la presencia de alguno de estos, las consecuencias físicas y emocionales que pueden ocasionar estos hábitos orales nocivos y hacer énfasis en las falencias que se hallaron, las cuales fueron principalmente en los temas de succión de chupete, bruxismo y respiración oral.

- Para la segunda fase de este estudio será de utilidad los datos obtenidos en el estudio presente, ya que se ha logrado determinar las falencias que presenta la población en algunos aspectos específicos en cuanto al tema de hábitos orales nocivos. se deberá desarrollar un estudio longitudinal e interventivo en cual se realizara la capacitación de las madres comunitarias reforzando sus conocimientos y enfocándose en sus falencias. Esto se deberá realizar dictando charlas educativas y facilitando folletos que contengan información vital del tema de hábitos orales nocivos en un lenguaje entendible para esta población.
- Mejorar el rol educativo e investigativo del odontólogo ya que son éstos los llamados a constituirse en las principales fuentes de conocimientos que necesitan las personas que tienen a cargo la tarea del cuidado y educación de la población infantil.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acosta, U.P.G., Rojas, G.A.R., Gutiérrez, R.J.F., Rivas, G.R. Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. Oral Año 11. Núm. 33. 2010. 577-579.

Agurto V. Pamela, Díaz M. Rodrigo, Cádiz D. Olga, Bobenrieth K. Fernando. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 1999 Nov [citado octubre de 2014]; 70(6): 470-482. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370106199900600004&Ing=es

Alarcón A., A. M. Deglución Atípica: Revisión De La Literatura. Obtenible en actaodontologica.com – Acta odontológica Venezolana. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp> (Consulta: octubre de 2014).

Alemán Sánchez Pedro Carlos, González Valdés Damaris, Díaz Ortega Laura, Delgado Díaz Yaima. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado octubre de 2014]; 44(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072007000200001&Ing=es

Álvarez González MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Jul-Ago [citado: octubre de 2014]; 36(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema02.htm>.

Benavente L, Chein S, Campodónico C., 2012. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad Odontol. Sanmarquina ; 15(1):14-18.

Campos L, Rabaldo Bottan E, Bez Birolo J, Garcia da Silveira E, Eger Schmitt BH, 2010. Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). Rev Sul-Bras Odontol.7(3):287-95.

Carmen Atuesta Duran. Hábitos orales más frecuentes en niños y su relación con las maloclusiones. Tesis para optar a grado de odontóloga. Universidad Santo Tomas, escuela de pregrado, Bucaramanga, Colombia, 2011.

Cintia Regina Tornisiello Katz, PhD, Aronita Rosenblatt, PhD, and Pedro Paulo Costa Gondim, PhDc. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: Effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004; 126:53-7.

Martín Zaldivar; Dra. Soledad García Peláez; Dra. Idelbys Expósito Martín; Dra. Viviana Estrada Verdeja; Lic. Yoicet Pérez Llanes. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Obtenible en La biblioteca científica - SciELO Cuba. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc210610.pdf> (Consulta: octubre de 2014).

Franco A, Jimenez J, Saldarriaga C, 2003. Conocimientos y prácticas de cuidado de la madre de niños menores de 6 años. *Revista CES odontología*. Vol 16- Nº 1.

Gómez Durán Silvia, González López Blanca Silvia, Pedraza Contreras María Guadalupe. Hábito de succión del labio y uso del lip-bumper modificado con rejilla. *Odont Pediatr Act* 2011; 1(1): 38-41.

González G, 2012. Jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia: evaluación de un programa para la promoción de salud oral en la primera infancia. *Univ Odontol. Ene-Jun*; 31(66): 59-74

Hitos SF, Arakaki R, Solé D, Weckx LL. Oral breathing and speech disorders in children. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:361-5.

Jeny Fernández Martínez. Evaluación de la intervención de salud bucal en escolares portadores de hábitos deformantes bucales. Escuela "Héroes de Moncada" del concejo popular de Abreus, Cuba. Tesis para optar por el grado académico de master en salud comunitaria. 2008.

Jinnah Mahelet Benítez Velázquez, Gabriela Gasca-Argueta. Modificación conductual en un caso de onicofagia. *Revista ADM* 2013; 70 (3): 151-153.

Murrieta J, Allendelagua R, Pérez, 2009. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* vol.68 no.1 México ene. /feb. 2011.

Lara E, Torres Y, Moreno M, 2012. Actitudes y hábitos ante la prevención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 20 (1): 11-17 las madres acerca de los cuidados bucales en el bebé. *Rev Ibero-am Odontopediatr OdontolBebê* 2004; 7(36):138-48

Lilian Chrystiane Giannasi, PhD, Israel Reis Santos, MS, Thays Almeida Alfaya, DDS, Sandra Kalil Bussadori, PhD, Luis Vicente Franco de Oliveira, PhD. Effect of an occlusal splint on sleep bruxism in children in a pilot study with a short-term follow up. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (2013) 17, 418e422.

Narváez M, Muñoz A, Eraso, Villota C, 2010. Hábitos orales en niños de 6-10 años de la escuela Itsin de San Juan de Pasto. Sección artículos originales revista centro de estudios en salud año 10 vol. 1 nº 12 – 2010. (pags. 27 - 33).

Cuba M, 2012 Conocimiento Sobre Hábitos De Succión En Pediatras Y Odontólogos De Lima Metropolitana. Tesis para optar el grado de Magíster en Fonoaudiología. Pontificia Universidad Católica Del Perú, Escuela De Posgrado, Lima, Perú.

Ortega M, García F, 2013. Dirección de crecimiento facial en pacientes con el hábito de onicofagia. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 16(1):9-12, 2013.

Nieto P, Acosta J, Meneses A. Determinación de la profundidad del paladar en niños con respiración bucal de 6-8 años de edad. *Rev Estomatol Herediana* 2005; 15(1): 50 – 53

Nobuya Ozawa, Sakumitsu Hamada, Fumiko Takekoshi and Hisaaki Shinji. A study on non-nutritive sucking habits in young Japanese children —Relationships among incidence, duration, malocclusion and nursing behavior—. *Pediatric Dental Journal* 15(1): 64–71, 2005.

Ocampo Parra A, Johnson García N, Lema Álvarez MC, 2003. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. *Rev. Nac. Odontol.* 2013 diciembre; 9 (edición especial): 83-90.

Omayda Borroto Abal, Clotilde Mora Pérez, Miriam Araújo Liriano, Raúl López Fernández. Nivel de conocimiento de educación para la salud en ortodoncia de trabajadoras de círculos infantiles. *Rev. Cubana Ortod* 2001;16(2):83-9

Passos MM, Frias-Bulhosa J. Hábitos de Sucção Não Nutritivos, Respiração Bucal, Deglutição Atípica - Impactos na Oclusão Dentária. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* 2010; 51:121-127.

Roberta Lione, Marco Buongiorno, Lorenzo Franchi, Paola Cozza. Evaluation of maxillary arch dimensions and palatal morphology in mouth-breathing children by using digital dental casts. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 78 (2014) 91–95.

García S, Espeso herrera J, 2010. Información sobre hábitos bucales deformantes en trabajadoras de círculos infantiles. *AMC* v.14 n.5 Camagüey sep.-oct. 2010

Sosa L. Motivación en salud bucal de las madres en el área de hospitalización pediátrica Hospital General Victorino Santaella Ruiz. Disponible en: www.odontologia-online.com/Ciencia_bucal. Consultado el 23-02-2010

Stephen H. Sheldon, DO. Obstructive Sleep Apnea and Bruxism in Children. *Sleep Med Clin* 5 (2010) 163–168.

Tais H. Grechi, Luciana V.V. Trawitzki, Claudia M. de Felício, Fabiana C.P. Valera, Wilma T. Anselmo-Lima. Bruxism in children with nasal obstruction. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* (2008) 72, 391—396.

Blanco R, Quirós O. Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. Obtenible en www.ortodoncia.ws - Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art16.asp> (Consulta: octubre de 2014)

Macho V, Andrade D, Areias F, 2012. Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos, *rev port estomatol med dent cir maxilofac*, 2012; 53(3):143–147

Podadera Z, Valdés, Lianet Flores Podadera, Anay Rezk Díaz. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. Rev Ciencias Médicas vol.17 no.4 Pinar del Río jul.-ago. 2013.

Zunay de Jesús Cepero Sánchez, Iliana Hidalgo-Gato Fuentes, Johany Duque de Estrada Riverón, José Alberto Pérez Quiñones. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev Cubana Estomatol v.44 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.

13. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

(Cumpliendo con la resolución N° 008430 de 1993)

Rafael Melendez Tovar, Andrey Quintero Arévalo y Roberto Cuello Pedroza estudiantes de odontología de la universidad del magdalena, bajo la supervisión del Dr. Francisco Bermúdez odontólogo especialista en ortopedia y ortodoncia y la Dra. Jenny Arias odontóloga especialista en odontopediatria y ortopedia, le informamos que usted ha sido elegido para participar en el proyecto de investigación “**CONOCIMIENTO DE LA MADRES COMUNITARIAS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA SOBRE HABITOS ORALES NOCIVOS**”, el cual tiene como objetivo principal: *determinar conocimientos y actitudes de las madres comunitarias frente al comportamiento de la población infantil a su cargo respecto a hábitos orales*. Estudios han demostrado que la presencia de hábitos orales y de acuerdo a su intensidad, duración y frecuencia, pueden generar alteraciones tanto dentales como faciales, por tal motivo es importante establecer el nivel de conocimiento y la percepción que manejan las madres comunitarias acerca de los hábitos orales en la población infantil a su cargo.

Su participación es completamente voluntaria, siéntase con la libertad y confianza de preguntar cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

De conformidad con lo anterior a usted se le está solicitando contestar unas preguntas que nos permitirá recolectar una información para cumplir el objetivo principal del estudio anteriormente planteado.

Yo _____ he leído la información del consentimiento informado, he recibido una información satisfactoria sobre el estudio a realizar, y he quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido, se me han aclarado mis dudas y entiendo que mi participación es voluntaria.

Doy mi consentimiento para la recolección de la información de la encuesta a realizar.

Firma: _____

CC: _____

**“CONOCIMIENTO DE LA MADRES COMUNITARIAS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA SOBRE HABITOS ORALES NOCIVOS”
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA**

Edad _____ Tiempo de experiencia como madre comunitaria _____
Barrio del hogar de Bienestar _____ Nivel de escolaridad _____

Marque con una X la respuesta correcta

1. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre hábitos orales nocivos usted considera correcto?

- a) Conducta o práctica que se repite y que hacen parte del desarrollo del niño
- b) Conducta o práctica que se repite de manera consciente o inconsciente que pueden daños en la boca del niño
- c) Conducta o práctica que el niño que el niño aprende de sus mayores

2. ¿Cuáles de las siguientes conductas, usted considera dañinas en el comportamiento de un niño?

	SI	NO
Comerse las uñas		
Tomar tetero después de los tres años de edad		
En reposo respirar únicamente por la nariz		
Chuparse el labio		
Llevarse objetos a la boca		
Tragar con la boca cerrada		
Chuparse el dedo		

3. ¿Hasta qué edad usted considera normal que un niño use chupete?

- a) Hasta el primer año de edad
- b) Hasta los dos años de edad
- c) Hasta los cuatro años de edad
- d) Hasta los seis años de edad

4. Considera usted que darle tetero al niño por más años de lo adecuado puede causar:

- a) Facilitar conciliar el sueño
- b) Hacer que los dientes salgan más rápido
- c) Inclinar los dientes hacia adelante

5. ¿Cree usted que hábitos como chuparse el dedo o el labio son motivos para llevar el niño al odontólogo?

- a) Si
- b) No

6. ¿Por qué considera usted que es dañino para el niño dormir con la boca abierta?
- Porque causa mayor número de caries (dientes picados)
 - Porque se inclinan los dientes hacia adelante
 - Porque puede inflamar las encías
 - Todas las anteriores son correctas
 - No es dañino
7. ¿Cómo considera usted que es la forma adecuada de tragar cuando el niño come?
- Con la boca abierta
 - Con la boca cerrada
 - Moviendo la cabeza hacia atrás
 - Apretando los labios
8. ¿Cuándo usted escucha a un niño rechinar los dientes lo relaciona con?
- Hambre
 - Parásitos intestinales
 - Estrés
9. ¿Considera usted que comerse las uñas puede causar?
- Desgaste de los dientes
 - Dolor al abrir o cerrar la boca
 - Inflamación alrededor de la uña
 - Todas las anteriores
 - Ninguna de las anteriores
10. ¿Cuáles de las siguientes opciones cree usted que pueden ser consecuencias de los hábitos orales nocivos?

	SI	NO
Dientes inclinados hacia adelante		
Dientes montados o apiñados		
Mayor número de caries		
Desgaste en los dientes		
Irritación de la piel debajo del labio		
Agrandamiento de labio que se chupa		

11. ¿Cree usted que el daño que causa un hábito oral nocivo puede depender de?
- Edad a la que inicia
 - Veces que lo hace por día
 - Tiempo que dura haciéndolo
 - todas las anteriores
 - Ninguna de las anteriores

IMAGENES



ENCUESTA FINAL CORREGIDA

“CONOCIMIENTO DE LA MADRES COMUNITARIAS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA SOBRE HABITOS ORALES NOCIVOS” UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Edad _____ Tiempo de experiencia como madre comunitaria _____
Barrio del hogar de Bienestar _____ Nivel de escolaridad _____

Marque con una X la respuesta correcta

1. ¿Qué es un hábito oral nocivo?

- a) Es una conducta o práctica que se repite y que hacen parte del desarrollo del niño.
- b) Es una conducta o práctica que se repite de manera consciente o inconsciente que pueden daños en la boca del niño.
- c) Es una conducta o práctica que el niño aprende de sus mayores.
- d) No se

2. ¿Cuáles de las siguientes conductas cree usted que son dañinas en el comportamiento de un niño?

	SI	NO
Comerse las uñas		
Tomar tetero después de los tres años de edad		
En reposo respirar únicamente por la nariz		
Chuparse el labio		
Llevarse objetos a la boca		
Tragar con la boca cerrada		
Chuparse el dedo		

3. ¿Hasta qué edad cree usted que normal que un niño use chupete?

- a) Hasta el primer año de edad.
- b) Hasta los dos años de edad.
- c) Hasta los cuatro años de edad.
- d) Hasta los seis años de edad.
- e) No se.

4. Cree usted que darle tetero al niño por más años de lo adecuado puede causar:

- a) Que concilie el sueño más fácil.
- b) Hacer que los dientes salgan más rápido.
- c) Inclinar los dientes hacia adelante.
- e) No se.

5. ¿Cree usted que hábitos como chuparse el dedo o el labio son motivos para llevar el niño al odontólogo?

- a) Si.
- b) No.
- c) No se.

6. ¿Por qué cree usted que es dañino para el niño dormir con la boca abierta?

- a) Porque causa mayor número de caries (dientes picados).
- b) Porque se inclinan los dientes hacia adelante.
- c) Porque puede inflamar las encías.
- d) Todas las anteriores son correctas.
- e) No es dañino.
- f) No se.

7. ¿Cómo cree usted que es la forma adecuada de tragar cuando el niño come?

- a) Con la boca abierta.
- b) Con la boca cerrada.
- c) Moviendo la cabeza hacia atrás.
- d) Apretando los labios.
- e) No se.

8. ¿Cuándo usted escucha a un niño rechinar los dientes lo relaciona con?

- a) Hambre.
- b) Parásitos intestinales.
- c) Estrés.
- e) No se.

9. ¿Cree usted que comerse las uñas puede causar?

- a) Desgaste de los dientes
- b) Dolor al abrir o cerrar la boca
- c) Inflamación alrededor de la uña
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores.
- f) No se.

10. ¿Cuáles de las siguientes opciones cree usted que pueden ser consecuencias de los hábitos orales nocivos?

	SI	NO
Dientes inclinados hacia adelante		
Dientes montados o apiñados		
Mayor número de caries		
Desgaste en los dientes		
Irritación de la piel debajo del labio		
Agrandamiento de labio que se chupa		

11. ¿Cree usted que el daño que causa un hábito oral nocivo puede depender de?

- a) Edad a la que inicia
- b) Veces que lo hace por día
- c) Tiempo que dura haciéndolo
- d) todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores.
- f) No se.