

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS. POLICLÍNICA "RENÉ VALLEJO ORTIZ". MANZANILLO. 2004 - 2005

Recibido para arbitraje: 02/06/2006

Aceptado para publicación: 09/10/2006

Dr. Daniel Enrique Reyes Romagosa¹. **Dra. Katuska Rosales Rosales**¹. **Dra. Olga Roselló Salcedo**.² **Ing. Dasha María García Arias**.³

1. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor EGI.
2. Especialista de Segundo Grado de Bioestadística Médica. Profesor Auxiliar.
3. Ingeniera Profesora Auxiliar de Computación.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo caso control de niños afectados por hábitos bucales deformantes de la Policlínica III "Rene Vallejo Ortiz" de Manzanillo en el periodo comprendido entre abril del 2004 y abril del 2005, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a esos hábitos bucales deformantes. Del total de niños de 5 a 11 años del área se seleccionaron 180 niños, 60 niños con hábitos bucales deformantes que se examinaron en consulta y se les realizó una encuesta para determinar tipo de hábitos que practican, los niños con hábitos deformantes constituyeron los casos y otros 120 niños sin hábitos bucales deformantes constituyeron los controles. Se tomó 1 caso por cada 2 controles estudiados a partir de un muestreo aleatorio. A todas las madres de estos niños se les realizó una encuesta para obtener las demás variables necesarias para el estudio. De todas estas se concluyó que se identificaron como factores de riesgo asociados a los hábitos bucales deformantes la armonía familiar, el peso del niño al nacer y la experiencia de lactancia materna, hubo predominio de niños con hábitos bucales deformantes en el sexo femenino y en la edad de 10 años, predominó como hábito deformante la Onicofagia y se consideran condiciones de riesgo en la presencia de hábitos bucales deformantes variables socio biológicas de las madres y los niños como la edad de la madre al parir (la menor de edad y la añosa), el bajo nivel escolar de la madre, el parto distócico, el bajo y sobre peso del niño al nacer, la no experiencia de lactancia materna exclusiva y la no armonía familiar.

Palabras Claves: Factores de riesgo, Hábitos bucales deformantes, niños.

INTRODUCCION

Todos los seres vivos están expuestos constantemente a múltiples y diversos riesgos de enfermar y de morir. El hombre, que vive en un ambiente sociocultural artificial, es decir, creado y desarrollado históricamente por él mismo, tiene por razones ecológicas y sociales una diversidad grande de riesgos y una oportunidad también mayor de enfrentarse a ellos.

La noción de riesgo epidemiológico es función de la existencia del ser humano que vive en un ambiente social en variación permanente, vale decir, los riesgos que afectan nuestra salud, dependen de la vida en sociedad y, más precisamente, del tipo estructural de la sociedad en que vivimos.

En vista de las dificultades para la aplicación de modelos de determinación causal en el abordaje de su objeto de conocimiento, la epidemiología moderna se estructura en torno a un concepto fundamental: riesgo. La idea de riesgo ha sido crucial para el desarrollo de una epidemiología de las enfermedades no infecciosas.

Riesgo es el correspondiente epidemiológico del concepto matemático de probabilidad, por lo tanto, el concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un periodo específico y en una comunidad dada, a condición de que no enferme o muera de otra causa en ese periodo. (1-5)

Por definición, se observa la convergencia de 3 dimensiones siempre relacionadas con el concepto de riesgo: ocurrencia de enfermedad, denominador de base poblacional y tiempo.

Con propósitos científicos u operacionales, el concepto de riesgo se torna más útil al generar nociones correlacionadas como factor de riesgo o grupo de riesgo, por lo que los factores de riesgo (o criterios de riesgo) son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total.

Concretamente, entendemos por criterio o factor de riesgo a toda característica y circunstancia determinada ligada a una persona, a un grupo de personas o a una población, de la cual sabemos que está asociada con un riesgo de enfermedad, de la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a tal proceso.

A medida que los modelos de riesgo se basan en medidas de incidencia, en rigor, cualquier investigación para evaluación de riesgo tiene que establecer la secuencia temporal de la asociación, esto es, un factor de riesgo debe claramente preceder a la eclosión de la enfermedad.

Una distinción teórica ha sido propuesta entre factores de riesgo (cuyo efecto puede ser prevenido) y marcadores de riesgo (atributos inevitables, ya producidos, cuyo efecto se halla, por lo tanto, fuera de control).

La identificación de factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria. Asimismo, el reconocimiento de marcadores de riesgo puede ser extremadamente útil en la identificación de grupos bajo-alto riesgo, para la prevención secundaria, cuando están disponibles los medios de detección precoz y tratamiento rápido. (6-8)

Desde los tiempos de Hipócrates, se estableció que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas. (9)

A medida que la humanidad fue avanzando, un gran número de hombres continuaron señalando la importancia de la prevención en Estomatología, pero no obstante, la Estomatología no se encontraba representada en la Higiene y Epidemiología, ya que el mismo profesional, ignorante de la gran potencia de ella en este campo, había dedicado su profesión a obturar dientes, extraerlos y remplazarlos. Pero en los últimos años, esta ciencia ha venido experimentando una notable transformación al evolucionar de una fase mecánica a una científica, al aplicar una serie de medidas preventivas que persiguen, como finalidad, la conservación anatómica y fisiológica de los tejidos, y como consecuencia, una mejor salud bucodental y una mejor salud del organismo en general.(10,11)

La teoría de los factores de riesgo es uno de los destacados logros de la medicina contemporánea, ya que permite controlar aquellos elementos o procesos que al incidir negativamente, obstaculizan el ulterior fortalecimiento de la salud de la población.

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, interrelacionadamente, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su nocivo efecto para la salud. Se tienen cálculos de la acción combinada de los factores de riesgo que muestran que su acción conjunta siempre es mayor que la simple suma aritmética de los riesgos relativos, por lo que la evaluación de un factor de riesgo será científicamente más aceptable si se consideran no solo sus efectos directos y aislados, sino también sus efectos conjuntos con otras variables de interés.(12-14)

El empleo de diversos índices ha permitido correlacionar en numerosos grupos de población, las principales enfermedades bucales: Caries Dental, Periodontopatías y Maloclusiones con diversos factores de riesgo, indudablemente relacionados entre sí.

Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causa de daño a la salud.

Para medir el riesgo es necesario decidir cuál es el resultado adverso que interesa, hay que hacer una descripción completa de su epidemiología y de todos los factores de riesgo relacionados.(15) Entonces, cabría preguntarnos: ¿cuáles son los factores de riesgo que en nuestro medio influyen en la aparición de las principales enfermedades bucales en niños?

Si no se conoce cómo se comportan los factores de riesgo de estas enfermedades, no se podrán realizar programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa en la prevención.

Los resultados de las investigaciones realizadas demuestran que lesiones ocurridas en la niñez y adolescencia tienen carácter reversible durante los primeros años de la edad adulta, mientras que presentan forma irreversible en la edad madura.(15,16)

La atención estomatológica integral constituye un reto científico moral, pues el estomatólogo debe ampliar sus conocimientos sobre atención al medio y al hombre.

Aún quedan muchos aspectos por definir en relación con la atención estomatológica al medio social y natural donde residen las personas y las familias; ejemplo de ello sería el conocimiento de la historia social de las enfermedades bucales, los riesgos y otros factores determinantes sociales, para lo cual es necesario ampliar conocimientos en psicología, sociología, epidemiología y otras ciencias. También deben ampliarse los conocimientos relacionados con los factores determinantes biológicos y el desempeño profesional para enfrentarlos, cuya base sería el dominio de la atención primaria en las especialidades estomatológicas: Periodoncia, Ortodoncia, Cirugía y Prótesis.

Entonces, educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar mediante un nuevo modelo de atención estomatológica que respondería al concepto de la Estomatología General Integral (EGI), que coloca al hombre como un ser biosocial sobre el que influyen diferentes factores de

riesgo, como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad. (17,18)

Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas, los hábitos bucales incorrectos o deformantes son una de las más frecuentes.

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. (19-22)

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales. Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.

La dieta es primordial para el buen establecimiento de la función. La lactancia materna en los primeros meses de vida favorece el ritmo funcional del complejo bucal, comprendiéndose fácilmente que las ganas de masticar sean despertadas y fomentadas por la alimentación del pecho de la madre, sobre todo si se tiene en cuenta la diferencia entre la alimentación por biberón y por el pecho.

El destete constituye el primer trauma psíquico del niño. Por estas razones en 1979 en reunión mixta Organización Mundial de la Salud (OMS) - Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) al evaluar la alimentación del niño se definió: "La lactancia materna es parte integral del proceso reproductivo, la forma natural e ideal de alimentar al bebé y la base biológica y emocional única para el desarrollo del niño". (19-23)

Los hábitos de mayor prevalencia en el curso escolar 95-96 en un estudio realizado en Ciudad de la Habana, fueron la deglución infantil, succión digital y respiración bucal. (24)

Son numerosos los estudios realizados sobre prevalencia de maloclusión y hábitos bucales deformantes. (25-29)

En el grupo de edades de 5-6 años los hábitos de biberón y succión digital, son los más frecuentes. Mientras que la succión de tete, respiración bucal, y deglución infantil, es mayor en los grupos de 7-8 años. Los hábitos de queilofagia, bruxismo y Onicofagia, son los de mayor porcentaje en los grupos de edades de 9 y más años. (30)

Con el fin de Identificar factores de riesgo asociados a los hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años del área de salud "René Vallejo Ortiz", municipio Manzanillo nos motivamos para la realización de este estudio en la cantidad de niños que acuden a consulta con maloclusiones, dadas en su mayoría por los hábitos deformantes para las cuales debemos conocer los factores de riesgo y así poderlos reducir al máximo y evitar sus consecuencias.

METODO.

1. Bioética Médica

En la fase de organización de la investigación se realizó una reunión con la dirección del centro, así como con el Consejo Científico de la unidad para dar a conocer los objetivos de la investigación.

A todos los pacientes y madres se les pidió su consentimiento de voluntariedad para participar en la investigación, previa información sobre la misma, explicándole que no constituye riesgo ni daño alguno para su salud y que deben estar aptos mentalmente. (Anexo I)

2. Características generales de la investigación

Se realizó un estudio de tipo caso control de niños afectados por hábitos bucales deformantes, para identificar los factores de riesgo asociados a estos hábitos en la Policlínica III "Rene Vallejo Ortiz" de Manzanillo en el periodo comprendido entre abril del 2004 y abril del 2005.

Del total de niños de 5 a 11 años del área se seleccionaron 180 niños, 60 niños con hábitos bucales deformantes que se examinaron en consulta y se les realizó una encuesta para determinar tipo de hábitos que practican, los niños con hábitos deformantes constituyeron los casos y otros 120 niños sin hábitos bucales deformantes constituyeron los controles. A todas las madres de estos niños se les realizó una encuesta para obtener las demás variables necesarias para el estudio. Se tomó 1 caso por cada 2 controles estudiados a partir de un muestreo aleatorio.

1. Criterios de diagnóstico del niño con hábito bucal deformante. Diagnóstico previo por parte del Estomatólogo (autor).

2. Criterios de inclusión.

- Niños de 5 a 11 años pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario "Rene Vallejo Ortiz" del municipio Manzanillo.
- Voluntariedad de participar en la investigación por parte del niño o los padres (tutores).

3. Criterios de exclusión

- Niños de 5 a 11 años que no pertenezcan al área de salud del Policlínico Universitario "Rene Vallejo Ortiz" del municipio Manzanillo.
- Cuando no tenga voluntariedad de participar en la investigación por parte del niño o los padres (tutores).

4. Criterios de evaluación

Para la realización del trabajo se conformaran dos grupos (estudio y control)

- Grupo estudio: Estará conformado por 60 niños escogido de forma aleatoria con el previo consentimiento de participar en la investigación que presenten algún hábito deformante y el método a emplear será la aplicación de una encuesta a la madre y el examen oral e interrogatorio al niño o niña.
- Grupo control: Estará conformado por 120 niños escogido de forma aleatoria con el previo consentimiento de participar en la investigación que no presenten ningún hábito deformante y el método a emplear será la aplicación de una encuesta a la madre y el examen oral e interrogatorio al niño o niña.

3. Variables y su operacionalización

A través de la encuesta se registraron algunos aspectos como son:

- La edad de los niños cumplida en años, siendo el límite inferior de clase 5 años y el límite superior 11 años.
a) Edad: 5 años, 6 años, 7 años, 8 años, 9 años, 10 años, 11 años
- El sexo se agrupó en sus dos categorías biológicas: Masculino y Femenino.
- Se consideraron los siguientes hábitos:

Hábitos deformantes: succión digital, deglución atípica, onicofagia, lengua protráctil.
Excluyéndose la respiración bucal por necesitarse el diagnóstico del nivel secundario.

Succión digital: Hábitos de succionarse uno o más dedos.

Deglución atípica: Posición anómala que adopta la lengua tanto en deglución como en reposo

Onicofagia: Hábitos de cortarse o comerse las uñas con los dientes.

Lengua protráctil: Hábito de proyectar la lengua entre los dos incisivos superiores para deglutir.

Uso de chupetes y biberones: Hábitos de chupar tetes y alimentarse a través de biberones, pues antes de los 3 años, se consideran normales.

- Las variables socio biológicas que se tuvieron en cuenta en el estudio, de las madres y los niños relacionadas con la presencia de hábitos bucales deformantes son las siguientes:
- La edad de la madre se categorizó como sigue:
 - Menor de Edad: Cuando la madre al parir tiene menos de 20 años.
 - Apta para parir: Cuando la madre al parir tiene de 20 y 34 años
 - Añosa: Cuando la madre al parir tiene 35 o más años

Considerando la menor de edad y la añosa como factor de riesgo.

- El nivel de escolaridad de la madre se categorizó teniendo en cuenta el último nivel vencido:
 - Primaria sin Terminar: Se consignará a los que no terminaron este nivel o estuvieran comprendidos en el.
 - Primaria terminada: Los que terminaron este nivel.
 - Secundaria Básica: Los que concluyeron ese nivel.
 - Preuniversitario o Técnico Medio: Los que concluyeron este nivel.
 - Universitaria: Los que concluyeron este nivel.

Considerando la primaria sin terminar, la primaria terminada y la secundaria básica como factor de riesgo, por bajo nivel escolar. Y no constituyeron factores de riesgo el pre universitario o técnico medio y universitaria, por considerarse alto nivel escolar.

- El tipo de parto se evaluó con las siguientes categorías:
 - **Eutócico:** Parto fisiológico.
 - **Distócico:** Cuando el parto necesita de una intervención, que puede ser por fórceps o cesárea.

Considerando el parto Distócico como factor de riesgo.

- Se categorizó el peso al nacer del niño como:
 - **Bajo peso al nacer:** Es aquel recién nacido que pesa menos de 2 500 gramos.
 - **Normo peso al nacer:** Es aquel recién nacido que pesa más de 2 500 gramos.
 - **Sobre peso al nacer:** Es aquel recién nacido que pesa más de 3 800 gramos.

Considerando el bajo peso y el sobre peso como factor de riesgo.

Se analizó la lactancia materna categorizándose en:

- **Positivo:** Si los niños han recibido lactancia materna exclusiva los primeros 4 meses de vida.
- **Negativo:** Si los niños no recibieron lactancia materna exclusiva los primeros 4 meses de vida o esta fue combinada o múltiple.

Considerando negativo como factor de riesgo.

- También se tuvo en cuenta el funcionamiento familiar, donde los aspectos recogidos en la encuesta respondieron a este fin:
 - **Armonía familiar:** Cuando el niño ha crecido en un ambiente familiar armónico.
 - **Discusiones entre familiares:** Cuando el niño ha crecido en un ambiente hostil, con discusiones entre sus padres, familiares y hasta vecinos.
 - **Ha sido criado por sus dos padres:** Cuando el niño ha sido criado con sus dos padres.
 - **Ha sido criado por su madre sola:** Cuando el niño ha sido criado con su madre sola, o sea sin la presencia de un padre.
 - **Ha sido criado por sus abuelos:** Cuando el niño, independiente que viva con su madre o no, es guiado por sus abuelos o uno de estos.

Valorándose como **armónico** cuando hay presencia de **armonía familiar en el hogar** y el niño **ha sido criado por sus dos padres**. **NO armónico** cuando el niño **Ha sido criado por su madre sola, Ha sido criado por sus abuelos**, y existen **Discusiones entre familiares**

Considerando lo no armónico como factor de riesgo.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

A. Recolección de la Información.

1. Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica amplia con un óptimo nivel de validez científica sobre el tema en cuestión, en las diferentes unidades: (Centro de Información, Bibliotecas, búsquedas en Infomed, Google, etc).
2. Se recogieron las variables edad, sexo y hábitos bucales deformantes de los niños examinados.
3. Se confeccionó una encuesta (Anexo II) para las madres donde se recogieron las variables: Edad de la madre al parir, nivel escolar de la madre al parir, tipo de parto, peso del niño al nacer, si lactó o no y causas que influyeron en la misma y la armonía familiar.

B. Procesamiento y análisis.

La información resultante de las observaciones se vertió en registros confeccionados al efecto lo cual facilitó su procesamiento el que se realizó utilizando una microcomputadora personal Pentium III con Sistema Operativo Windows XP del cual se utilizó el paquete de programas Microsoft Office 2000 para confeccionar el informe final.

Para identificar la condición de riesgo de las variables en estudio en relación a los hábitos bucales deformantes se calculó primero el estadígrafo chi cuadrado y luego cuando obtuvimos relación entre las variables estudiadas se calculó el estadígrafo

Odds Ratio para determinar la condición de riesgo de las diferentes características en estudio. El nivel de significación a usar fue el de $\alpha = 0.05$

La presentación de los resultados se hizo mediante el empleo de tablas estadísticas utilizando números absolutos y porcentuales. Se realizó el análisis y discusión de los resultados a través de comparaciones con los otros autores, se emitieron conclusiones y recomendaciones.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Al realizar el análisis de la población examinada observamos que en los casos hubo un predominio de el grupo de edad de 10 años con hábitos bucales deformantes (18,3 %) y el sexo femenino (33 niños) con 55.0 %, en relación al sexo pensamos que esto se deba a que las niñas son más tranquilas que los varones, lo cual le da más tiempo para la práctica de los hábitos, lo que coincide con el estudio realizado por Maya Hernández(23) donde se observó que el 65.0 % de los examinados eran niñas con hábitos bucales deformantes y más frecuentes en la edad de 10 años. Esto ocurre porque los hábitos se arraigan y son difíciles de eliminar. Fernández Torres (19) en su estudio de Hábitos deformantes en escolares de primaria en 1997 planteó que de 6 a 7 años los hábitos van en aumento y a partir de los 8 años en adelante se incrementan.

Tabla 1
Edad y sexo de los pacientes con hábitos bucales deformantes.
Policlínica III "René Vallejo Ortiz" ABRIL 2004 a ABRIL 2005

Grupo de edades	Casos					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
5	3	5.0	3	5.0	6	10.0
6	6	10.0	4	6.6	10	16.6
7	7	11.6	3	5.0	10	16.6
8	5	8.3	3	5.0	8	13.3
9	5	8.3	3	5.0	8	13.3
10	3	5.0	8	13.3	11	18.3
11	4	6.6	3	5.0	7	11.6
Total	33	55.0	27	45.0	60	100

Tabla 2. Muestra como en los controles ambos sexos se comportaron de igual forma con 50.0 % cada uno, hubo predominio en el grupo de edad de 10 años con un 21.6 %.

Tabla 2
Edad y sexo de los pacientes sin hábitos bucales deformantes.
Policlínica III "René Vallejo Ortiz" ABRIL 2004 a ABRIL 2005

Grupo de edades	Controles					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
5	12	10.0	4	3.3	16	13.3
6	8	6.6	8	6.6	16	13.3
7	4	3.3	12	10.0	16	13.3
8	8	6.6	4	3.3	12	10.0
9	8	6.6	12	10.0	20	16.6
10	12	10.0	14	11.6	26	21.6
11	8	6.6	6	5.0	14	11.6
Total	60	50	60	50	120	100

Tabla 3. Se aprecia que en el sexo femenino predominaron los hábitos de succión digital y la Onicofagia con 39.3 % cada uno, en el sexo masculino predominó la Onicofagia con 48.1 %, en el total de estos niños predominó la Onicofagia con 43.3 %. No

coincidimos con el estudio realizado por Fernández y Acosta(30) donde plantean que la mayor prevalencia la tuvo la Deglución Atípica (28.8 %) aunque no tuvieron en cuenta el sexo sino la edad, tampoco coincide con el estudio de Maya Hernández(23) donde demuestra que el hábito más frecuente es el uso de tetes y biberones, si prevaleciendo en este estudio los hábitos en las niñas.

Tabla 3
Principales hábitos bucales deformantes presentes. Policlínica III "René Vallejo Ortiz" ABRIL 2004 a ABRIL 2005

Hábitos	Casos					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Succión digital	13	39.3	4	14.8	17	28.3
Onicofagia	13	39.3	13	48.1	26	43.3
Deglución atípica	1	3.0	3	11.1	4	6.6
Lengua protráctil	8	24.2	7	25.9	15	25.0
Uso de chupetes y biberones	5	15.1	4	14.8	9	15.0
Total	33	55	27	45	60	100

Tabla 4. Representa la edad de la madre al parir donde predominó el grupo de 20 a 34 años que son las madres consideradas aptas para parir (en los casos con 48.3 %), el resto se encuentra entre las menores de 20 años con 30 % y las mayores de 35 años con 21, 6 %, las cuales consideramos un factor de riesgo con 51.7 % en total, lo que pensamos influye junto a otros factores en la aparición de los hábitos pues los hijos a edades tempranas (entre los 15 y 20 años) no son atendidos de igual forma que cuando se tienen entre los 20 y los 34 años, pues ya hay mas experiencia, más conciencia y porque por lo general en edades tempranas son criados por sus abuelos, por su madre sola, y no existe la experiencia necesaria ni la madurez para enfrentar tal tarea, en los controles el 80.0 % están aptas para parir, estos tienen más experiencia y conciencia. Sólo el 20.0 se encuentran entre las consideradas de riesgo.

Tabla 4
Pacientes en estudio según su relación con la edad de la madre. Policlínica III "René Vallejo Ortiz" ABRIL 2004 a ABRIL 2005

Edad de la madre	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Menor de edad (> 20)	18	30.0	8	6.6
Apta para parir (20 –34)	29	48.3	96	80.0
Añosa (35 y +)	13	21.6	16	13.3
Total	60	100	120	100

Tabla 5. En el nivel de escolaridad de la madre en los casos hay predominio del Pre Universitario o Técnico Medio con 35.0 %, seguido de la Secundaria Básica con 33.3 % y 13.3 % con primaria terminada y sin terminar., consideradas bajo nivel escolar, lo cual ligado a otros factores debe influir negativamente en la aparición de los hábitos deformantes, en los controles hay predominio del Pre Universitario o Técnico Medio (58.3 %) seguido de la Universitaria con 31.6 %, o sea que el nivel asciende, el nivel de escolaridad es alto lo cual debe repercutir sobre la educación, crianza de los niños y favorecer la práctica de los hábitos correctos.

Tabla 5
Pacientes en estudio según su relación con el nivel escolar de la madre. Policlínica III "René Vallejo Ortiz" ABRIL 2004 a ABRIL 2005

Nivel de escolaridad	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Primaria sin terminar	2	3.3	-	-
Primaria terminada	6	10.0	-	-
Secundaria básica	20	33.3	12	10.0
Pre universitaria o TM	21	35.0	70	58.3
Universitaria	11	18.3	38	31.6
Total	60	100	120	100

Tabla 6. Al hacer referencia al tipo de parto apreciamos como predominó el parto Eutócico en ambos grupos, en los casos con 61.6 %, que siendo este un por ciento alto, vemos además como en el 38.3 % restante se observó el parto Distócico lo cual consideramos también un por ciento alto, pues ligado a otros factores este, puede ser un factor de riesgo en la aparición de la práctica de los hábitos bucales deformantes, ya que generalmente las madres cesareadas dejan de lactar por las consecuencias del post operatorio, en los controles el 91.6 % correspondió al parto Eutócico, por ciento bastante elevado que diferencia a los controles.

Tabla 6
Pacientes en estudio según su relación con el tipo de parto. Policlínica III "René Vallejo Ortiz" ABRIL 2004 a ABRIL 2005

Tipo de parto	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Eutócico	37	61.6	110	91.6
Distócicos	23	38.3	10	8.3
Total	60	100	120	100

Tabla 7. Al analizar el peso al nacer predominó en ambos grupos el normo peso con 63.3 % en los casos y 96.6 % en los controles. En los casos el por ciento restante (36.3 %) corresponde a los Bajo Peso o Sobre Peso, considerados en nuestro estudio como factor de riesgo para la aparición de los hábitos bucales deformantes, pues estos ligados a otros factores influyen en la aparición de los mismos, diferenciándose notablemente del 96.6 % en los controles, que no presentan la practica de dichos hábitos bucales deletéreos.

Tabla 7
Pacientes en estudio según su relación con el peso al nacer. Policlínica III "René Vallejo Ortiz" ABRIL 2004 a ABRIL 2005

Peso al nacer	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Bajo peso	13	21.6	-	-
Normo peso	38	63.3	116	96.6
Sobre peso	9	15.0	4	3.3
Total	60	100	120	100

Tabla 8. El reflejo de la succión en la alimentación natural constituye para el bebe el intercambio más importante con el mundo exterior, pues con esa acción no sólo se alimenta, sino que recibe la sensación de euforia y bienestar al satisfacer aquellos requisitos de seguridad y amor y establecer un contacto físico (táctil, sonoro y bucal) gratificante para él y su madre. (31) El hecho de alimentar al niño con biberón ha demostrado que produce un desbalance muscular, debido a una diferencia fisiológica entre la forma del pezón natural y el chupete clásico.

Durante el amamantamiento, el bebé debe presionar con la lengua los senos lactíferos para obtener la leche; pero cuando se alimenta mediante el biberón, no necesita esfuerzo alguno para darle forma a la tetilla dentro de su boca. Si el niño succiona y regula el fluido con la lengua, la reacción de estrés normal puede dar inicio a otros hábitos como el de deglución atípica. (31 - 33)

En Cuba, la existencia de una legislación para las trabajadoras, que concede hasta un año de licencia remunerada después del

parto, unido al nivel educacional de la mujer y a la elevación constante de la conciencia sanitaria, crean condiciones propicias para prolongar el tiempo de la lactancia materna. No obstante, en nuestro estudio de los casos predominó la experiencia negativa de la lactancia materna con 63.3 %, dado por la tardanza al bajar la leche a los pechos, pues la madres refieren no tener suficiente leche en los pechos (21.6 %) y por la creencia de mantener los pechos erectos al no amamantar (15.0), por lo que consideramos esto un factor potencial en la aparición de los hábitos, coincidiendo con lo planteado por Navarro y Duharte(31) con la relación existente entre el destete precoz y la aparición de los hábitos cuando se refieren a que los hábitos bucales (succión del tete y digital) estaban estrechamente relacionados con el tiempo de lactancia materna, al respecto se afirma que el hábito de succión digital aparecido en las primeras semanas de lactancia, es por hambre e insatisfacción de succión.(32) En nuestro estudio, los niños amamantados por más tiempo presentaron menos hábitos bucales incorrectos (31), dado en los controles donde predominó la experiencia positiva de lactancia materna con 85.0 %.

Tabla 8
Pacientes en estudio según experiencia de lactancia materna. Policlínica
III "René Vallejo Ortiz" ABRIL 2004 a ABRIL 2005

Experiencia de Lactancia Materna	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Positiva	22	36.6	102	85.0
Negativa	38	63.3	18	15.0
Total	60	100	120	100

Tabla 9. En el funcionamiento familiar, en los casos predominó el No armónico con 63.3 %, lo cual pensamos influye notablemente en la aparición de los hábitos en los niños de estas edades, por las discusiones entre familiares, generalmente entre los dos padres, sobre todo cuando estos están separados, o sea cuando uno de los padres vive distante del niño, estos son criados por su madre sola o con la sobreprotección de sus abuelos. En los controles predominó el Armónico con 93.3 %, donde se observa un ambiente agradable y el niño se ve más realizado, con menos presión emocional y puede dar rienda suelta a su imaginación.

Tabla 9
Pacientes en estudio según su relación con el funcionamiento familiar.
Policlínica III "Rene Vallejo Ortiz" ABRIL 2004 a ABRIL 2007

Funcionamiento familiar	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Armónico	22	36.6	112	93.3
No Armónico	38	63.3	8	6.4
Total	60	100	120	100

Tabla 10. Para las variables: nivel de escolaridad de las madres, edad al parir, tipo de parto, lactancia materna exclusiva, peso al nacer, funcionamiento familiar, se calculó el test de chi cuadrado partiendo de una hipótesis de homogeneidad entre los dos grupos de pacientes estudiados (los casos y los controles) y luego si se comportaron de manera no homogénea se realizó el cálculo de Odds ratio (razón de productos cruzados) con el objetivo de medir el grado de asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad presente, en este caso los hábitos bucales deformantes, lo que nos indica que con una mayor frecuencia ocurre el suceso en los casos que en los controles.

Ej. En el funcionamiento familiar, en los casos pueden aparecer 24,2 veces los hábitos bucales deformantes con respecto a los controles.

Tabla 10
Cálculos de estadígrafo del OR (Odds Ratio):

Variables	OR (Odds Ratio)
Edad de la madre al parir	4.27
Nivel escolar de la madre al parir	7.9
Tipo de parto	6.84
Peso del niño al nacer	16.7
Lactancia materna	9.78
Armonía familiar	24.2

CONCLUSIONES

A partir del estudio realizado en este grupo poblacional podemos concluir que:

1. Se identificaron como factores de riesgo asociados a los hábitos bucales deformantes: la armonía familiar, el peso del niño al nacer y la experiencia de lactancia materna.
2. En los niños estudiados con hábitos bucales deformantes predominó el sexo femenino y la edad de 10 años.
3. Predominó como hábito bucal deformantes la Onicofagia.
4. Se consideran condiciones de riesgo en la presencia de hábitos bucales deformantes variables socio biológicas de las madres y los niños como la edad de la madre al parir, el bajo nivel escolar de la madre, el parto distócico, el bajo y sobre peso del niño al nacer, la no experiencia de lactancia materna exclusiva, la no armonía familiar.

ANEXO I

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ expreso mi conformidad como madre conjuntamente con la de mi hijo(a) de participar en el estudio de factores de riesgo asociados a hábitos deformantes después de haber escuchado la explicación realizada por el Dr. Daniel E. Reyes Romagosa con relación a estos hábitos y sus consecuencias.

Firma: _____

ANEXO II

ENCUESTA

Por medio de la presente solicitamos su colaboración, una vez que ha accedido a cooperar con el equipo de investigadores para obtener los siguientes datos:

1. Edad: _____.

2. Grado de escolaridad al parir:

___ Primaria sin Terminar.

___ Primaria terminada.

___ Secundaria Básica.

___ Preuniversitario o Técnico Medio.

___ Universitaria.

3. Que tipo de parto tuvo.

___ Eutócico.

___ Distócico. (Cesárea e Instrumentados)

4. Su niño tuvo un peso:

___ Normal.

___ Bajo peso.

___ Sobre peso.

5. ¿Dio usted Lactancia exclusiva a su hijo(a)? Si ___ No ___

6. Sucesivo al nacimiento del niño hasta la fecha, en su hogar ha existido.

___ Armonía familiar.

___ Discusiones entre familiares.

___ Ha sido criado por sus dos padres.

___ Ha sido criado por su madre sola.

___ Ha sido criado por sus abuelos.

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Duque de Estrada Riveron, J. Rodríguez Calzadilla, A. Countin Marie, G. Riveron Herrera, F. Factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal en niños. Rev Cubana Estomatol 2003;40(1)
2. San Martín H, Martín AC, Carrasco JL. Epidemiología. Investigación Práctica. Madrid: Edit. Díaz Santos; 1990.
3. Slade GO, Caplen DJ. Methodological issues in longitudinal epidemiologic dental caries. Community Dent Oral Epidemiol 1999;27(4):236-48.
4. Almeida Filho N. Epidemiología sin números. Washington: Serie Paltex. OPS; 1992.
5. Erickson PR. Estimation of the caries-related risk associated with formula. Pediatr Dent 1998;20(7):395-403.

6. Narey RD, Aldereguía J. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Edit. Pueblo y Educación; 1990. Pedraola Gil, et al. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Shat edit. S.A.; 1990.
7. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 1992.
8. Ministerio de Salud Pública. Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 1998.
9. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención primaria de Estomatología. Rev Cubana Estomatol 1997;35(1).
10. Alenen P. Risk in risk definitions. Community Dent Oral Epidemiol 1999;27(6):394.
11. Pitts NB. Risk assessment and caries prediction. J Dent Educ 1998;62(10):762.
12. Chakraborty M. Epidemiological correlates of dental caries in an urban West. Bengal Indian J Public Health 1997;41(2):56-60.
13. Bech JD. Epidemiology of periodontal diseases. Curr Opin Peridontol 1996;31:3-9.
14. Mena GA. Epidemiología bucal. Caracas: Otero/Vdual; 1991.
15. Abramson JH. Método de estudio en medicina comunitaria. Madrid: Edit. Díaz Santos; 1990.
16. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom. Epidemiología Básica. Washington: Publicación Científica No. 551. OPS; 1994.
17. Heraza AB. Clínica del Sano en Odontología. Bogotá: Ed. ECOE; 1996.
18. Rodríguez Calzadilla A. Atención primaria en Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 1997;35(1)
19. Fernández Torres CM, Acosta Coutín A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 1997;12(2):79-83. http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san03203.htm [23/05/2005].
20. Var Normar RA. Digitsuking; a review of the literature, clinical observation and treatment recommendation. Int J Orofacial Myology 1997;23:14-34.
21. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992:19-42.
22. Machado Martínez , M. Hernández Rodríguez, J M. Grau Avalos, R Estudio clínico de la atrición dentaria en la oclusión temporal. Rev Cubana Ortod 1997;12(1):6-16
23. Maya Hernández, B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod 2000;15(2):66-70 http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san03203.htm [23/05/2005].
24. Fernández Torres, Celis María. Resultados del control de factores de riesgos de anomalías dentofaciales. Clínica Estomatológica H y 21. Rev Cubana Ortod 2000;15(1):33-8
25. Águila RJ, Almiñaque G R, González R E, Céspedes IR. Prevalencia de hábitos bucales deformantes, en niños de 3-5 años. Rev Cubana Est 1980;17(3):137-42.
26. Águila RJ, Roselló J, Enríquez E. Prevalencia de las maloclusiones en dentición. Rev Cubana Est

- 1980;17(2):79-83.
27. Moore GJ, Mc Naill RM. The effect of digit sucking on facial growth. J Amer Dent Ass 1972;84(1):592-99.
 28. Águila RJ, González RE, Céspedes I R, Almiñaque GR. Prevalencia de las maloclusiones en dentición temporal en niños de la provincia Ciudad de La Habana. Rev Cubana Est 1981;18(1):38-42.
 29. Vergara DN, Blanco CA, Perce VH. Aplicación de un método de Ortodoncia preventiva en escuelas primarias del municipio Habana Vieja: Resultados preliminares. Rev Cubana Ort 1994;--9(1-2):37-41.
 30. Fernández Torres,CM. Acosta Coutin,A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 1997;12(2):79-83
 31. Navarro Nápoles J, Duharte Escalona A. La lactancia materna y su relación con los hábitos bucales incorrectos. MEDISAN 2003; 7 (2):17-21:http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san03203.htm [23/05/2005].
 32. Guerra MJ, Mujica C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odontol Venez 1999;37(2):6-10.
 33. Ortega Valdés G. Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. Rev Cubana Ortod 1998;13(1):53-4.