



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Ciencias Médicas y Clínicas

Escuela de Ciencias Clínicas

Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciadas en

Fonoaudiología

Proyecto

**Concienciación de las Alteraciones en la Motricidad Orofacial
producto de los Malos Hábitos Orales en los niños de
preescolar, dirigido a padres de familia del PEP del IPHE, Feb. a
May. 2021**

Presentado por:

Díaz Ortega, Joseline 8-942-174

Piedrahita Castro, María Del Mar AT123074

Asesor:

Magister Félix Ortega

Panamá, 2021

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado principalmente a Dios, que me guío y me cuidó en este proceso, por no dejarme sola en los momentos que se presentaban obstáculos y permitirme terminarlo de manera satisfactoria; ya que el mismo es muy importante para mi carrera profesional.

A mi familia y amigos por mantenerse conmigo ante toda adversidad y nunca soltar mi mano.

Joseline Díaz

DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedico, principalmente, a Dios, por ser siempre la guía para lograr culminar cada etapa de mi carrera, por permitirme atravesar de la mejor manera cada obstáculo que se me presentó y por darme la sabiduría y el entendimiento a lo largo de esta bonita etapa, para culminarla con éxito.

A mi familia, por cada esfuerzo que hicieron para que lograra llegar hasta este punto.

María Del Mar Piedrahita

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por acompañarme en todo este proceso, por brindarme paciencia, entendimiento, optimismo y permitirme finalizar esta etapa de mi vida.

A mi familia por acompañarme siempre en cada paso que doy e impulsarme a nunca rendirme.

A mis amigos, ya que siempre estuvieron ahí para ayudarme en lo que necesitara, sin esperar nada a cambio.

Joseline Díaz

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por permitirme llegar hasta aquí e iluminarme siempre en este camino, y por mostrarme que puedo cumplir cualquier cosa que me proponga.

A mi abuela y mi mamá, por ser la base principal, para lograr esta etapa y por siempre apoyarme.

A mi madrina, que es un apoyo incondicional y parte fundamental en cada paso que doy.

A mis hermanos, porque han sido una motivación y han estado presente durante todo este proceso.

María Del Mar Piedrahita

CONTENIDO GENERAL

Páginas

INTRODUCCIÓN	
1. CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL DEL PROYECTO	10
1.1. Antecedentes teóricos del proyecto	10
1.2. Diagnóstico de la situación actual	14
1.3. Justificación	15
1.4. Objetivos	18
1.4.1. General	18
1.4.2. Específicos:	18
1.5. Duración	19
1.6. Beneficiarios	20
2. CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	22
2.1. Fundamentación teórica	22
2.1.1. Definición de habla	22
2.1.2. Definición de órganos fonoarticuladores (OFAS)	23
2.1.3. Procesos para la producción del habla	25
2.1.4. Punto y modo articulatorio de los fonemas	27
2.1.5. Adquisición de los fonemas por edades	29
2.1.6. Trastornos del habla	29
2.1.7. Relación entre los hábitos orales nocivos y los fonemas	34
2.1.8. Síndromes asociados al habla	35
2.1.9. Sistema Estomatognático	37
2.1.10. Crecimiento y desarrollo cráneo facial	39
2.1.11. Efecto de la postura sobre el sistema estomatognático	41
2.1.12. Concepto de alteraciones del sistema estomatognático	48
2.1.13. Patologías del Sistema Estomatognático	48
2.1.14. Padres de familia y los malos hábitos orales en sus hijos	64
2.1.15. Hábitos orales nocivos	65
2.1.16. Motricidad orofacial	71

2.1.17. Terapia miofuncional.....	75
2.2. Propuesta de intervención.....	82
2.3. Estructuras organizativas y de gestión de proyecto.....	87
2.4. Especialización operacional de las actividades y tareas a realizar.....	88
3. CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	93
3.1. Interpretación de los resultados.....	93
Conclusiones.....	115
Recomendaciones.....	116
Limitaciones.....	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
ANEXO.....	132
Índice de Cuadros.....	150
Índice de Gráficas.....	151

INTRODUCCIÓN

La motricidad orofacial es la encargada de prevenir, evaluar y rehabilitar aquellas alteraciones que pueden ser producidas por malos hábitos orales o por alterarse algunas de las funciones que conforman la motricidad orofacial (respiración, masticación, habla, deglución, succión).

Se busca que, a través de este proyecto educativo, los padres de familia estén más informados y puedan detectar algún mal hábito de manera prematura y puedan darle la debida atención. Por lo que con esta investigación se quiere resaltar la debida importancia de las afectaciones de los malos hábitos orales, en los niños.

En el capítulo I, se desarrolla el marco referencial del proyecto, se menciona acerca de los antecedentes teóricos, se conoce el diagnóstico de la situación actual, se justifica la realización del proyecto, se plantean los objetivos, se explica la duración, proceso del proyecto y la población beneficiada.

Siguiendo con el capítulo II, se da la descripción del proyecto, su fundamentación teórica, la propuesta de intervención, su estructura organizativa y de gestión del proyecto (organigrama); especialización operacional de las actividades y tareas a realizar, se detallan los productos, cronograma de impartición del proyecto y el presupuesto.

Finalmente, en el capítulo III se detallan los análisis de los resultados obtenidos y su interpretación a través de los distintos cuadros y gráficas, que nos permite llegar a las conclusiones. Adicional, están las recomendaciones, limitaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL DEL PROYECTO.

1.1. Antecedentes teóricos del proyecto.

Los malos hábitos orales inician de manera consciente por una práctica adquirida por la repetición constante de una acción que luego se torna inconsciente, trayendo consecuencias en hábitos conocidos como fisiológicos o funcionales: masticación, respiración, articulación, deglución, y en hábitos no fisiológicos: succión, respiración bucal e interposición lingual. Estas situaciones traen repercusiones en el desarrollo normal del sistema estomatognático, presentando un desequilibrio en la musculatura orofacial, ya que un músculo ejerce su fuerza a doble intensidad, provocando diferentes deformaciones en la cavidad oral.

Estos malos hábitos orales normalmente dependerán de tres factores: el tiempo en el que se prolongue el mal hábito, la frecuencia en que se realice y la edad en la que inicia. Mientras más temprano se trate el mal hábito, menor serán sus consecuencias. Es muy importante que se explique, eduque a los padres de familia y maestros sobre estos hábitos y sus consecuencias para poder ser eliminados de forma temprana (Agurto V. et al., 1999).

Existen distintas investigaciones que buscan prevenir las alteraciones en la motricidad oral de los niños.

Una de esas es la que se desarrolló en España, donde evaluaron 225 niños entre los 2 y los 6 años, donde los resultados arrojaron una prevalencia de hábitos orales nocivos muy alta 90,7%, siendo los hábitos de succión no nutritiva (chupete, dedo) los más frecuentes con un 85,3%. Este estudio

arrojó una prevalencia muy alta, donde se concluye que más de la mitad de los participantes presentaron, por lo menos, un mal hábito oral (Franco Varas et al., 2012).

Este estudio resulta un poco alarmante debido a los resultados arrojados, por lo que nos permite concluir que es importante que los padres estén debidamente informados de cómo y a qué edad aproximadamente sus hijos deben abandonar la succión no nutritiva, y que esta no se convierta en un mal hábito oral y darle debido seguimiento con el especialista oportuno.

Por otro lado, en Costa Rica (Araya & Hernández, 2012) realizaron un estudio, donde se identificaron a 88 estudiantes (45.12% de la población) con maloclusiones, de los cuales 67 padres de familia de estos alumnos consideran innecesario la interconsulta con otros especialistas en el área. Solo el 2.27% consideran necesario llevar a su hijo de 4 a 7 años para la prevención de alteraciones bucodentales.

Estos datos son importantes, porque a pesar del porcentaje de estudiantes con maloclusiones, los padres consideran que es solo necesario asistir a un odontólogo sin tener conocimientos de que estas alteraciones pueden traer repercusiones en el habla, estructura oral o incluso la deglución. Es necesario orientar a los padres para que puedan prevenir y conocer que existen otros tipos de especialistas que trabajan las alteraciones orales.

Así mismo en Cuba, se llevó a cabo un estudio tipo experimental, donde se utilizó un pre-test y un pos-test con la finalidad de valorar que tanto conocimiento poseen los padres o maestros acerca de las alteraciones dentomaxilofaciales. En mencionado estudio, se pudo contactar que el 73.20% de los encuestados mantenían poco conocimiento de las alteraciones dentomaxilofaciales (Milanés et al., 2016).

De acuerdo con estos datos, se demuestra la importancia de educar a la población en general sobre las alteraciones dentomaxilofaciales, porque a pesar de contar con un título universitario no es garantizado presentar conocimientos acerca de estos temas.

De igual forma, (Cabarcas et al., 2017) llevan a cabo un estudio en Colombia, cuyo objetivo era identificar los conocimientos de los padres de familia sobre los malos hábitos orales en niños de 3 a 12 años. En dicha investigación se logró evidenciar que el 13,85% de los hijos de los encuestados, mantenían onicofagia y 9,26% succión digital. 35,38% de los acudientes, indicaron desconocer el impacto que pueden tener esos malos hábitos orales en el desarrollo orofacial de su acudidos, mientras que el 40,08% manifestó que dichos malos hábitos no afectan el habla.

Se puede destacar en este estudio, que gran parte de los padres de familia desconocen las consecuencias que pueden desencadenar los malos hábitos orales, por lo que es importante capacitar a los padres en cuanto a estos temas, para que conozcan las causas, tratamientos a seguir y los especialistas que puedan intervenir.

Otro de los países internacionales que realizaron estudios similares, es Perú. Podemos mencionar el que (Cervantes, 2018) desarrolló la misma, elaboró un programa de salud bucal en menores de 5 años, dirigidos a los padres de familia. El objetivo de este era orientar a los participantes sobre los diferentes cuidados orales que deben tener para una adecuada salud bucal. Dichos resultados manifiestan que el 90% de los padres, desconocían los hábitos orales que pueden afectar la salud bucal de sus hijos y el 85% indican no evitar las prácticas nocivas en estos (morder los lápices, uso prolongado de la mamadera).

Se puede notar una elevada diferencia entre el nivel de conocimiento de los padres acerca de las alteraciones bucales, siendo mayor el desconocimiento sobre estos temas, y la poca importancia que manifiestan al ver a sus hijos realizando algún mal hábito oral.

Por su parte, Latinoamérica (Malpica & Roque, 2019) ejecuta un programa educativo sobre hábitos bucales que pueden deformar las estructuras, presenta altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones con un 85% de la población infantil, según un trabajo que se publicó en la revista Progaleno.

En este estudio se demuestra que gran parte de la población infantil va a presentar, por lo menos, un mal hábito oral, esto da pie a educar a los padres para que puedan prevenir y tratar de disminuir la prevalencia de estos malos hábitos orales.

Finalmente, en Panamá (Córdoba, 2020) se llevó a cabo un estudio donde evaluó a 46 niños entre 3 a 11 años, en los cuales se logra identificar que el 98% de estos presentaban alteraciones en la motricidad orofacial.

En el país se evidenció una elevada incidencia y prevalencia de malos hábitos orales, presentando una mayor afectación en el habla.

En los últimos años las investigaciones acerca del desorden miofuncional han ido en aumento, provocando conocer cuáles son sus características y consecuencias más habituales. Gracias a estas investigaciones se han podido encontrar datos relevantes e importantes que sirven para la detección temprana, darles un seguimiento a los casos y aumentar el nivel de conciencia en los padres de familia.

1.2. Diagnóstico de la situación actual.

Es importante destacar el impacto desfavorable a nivel social y psicológico que provocan los malos hábitos orales, sabemos que muchos de estos hábitos provocan algún tipo de deformidad, provocando en un futuro situaciones de rechazo o burla, lo que va a llevar a los niños a no querer asistir a la escuela, bajar su rendimiento escolar y alterar su comportamiento social (Herrero & Arias, 2019).

Por eso, es importante identificar los dos grupos de hábitos orales, los primeros que son beneficiosos o funcionales como, la masticación, deglución y la respiración normal. Los segundos que son perjudiciales o deformantes como, chuparse el dedo, protrusión lingual, comerse la uñas, morderse los labios, respirar vía oral y masticar determinados objetos (Parra-Iraola & Zambrano-Mendoza, 2018).

En Cuba (I. Álvarez et al., 2013) ejecutaron un estudio donde se les presentó encuestas a padres y maestros, donde previamente se llevó a cabo capacitaciones acerca de la salud bucodental, demostrando un 26,3% y 39,3% cuando se les realizó el pre test de conocimientos y el 79,9% y el 93,3% después de la capacitación.

Estos resultados, demuestran el impacto positivo que tienen las capacitaciones a los padres de familia sobre la salud dental. Es importante contar con este tipo de capacitaciones, ya que esto crea prevención, con lo que se espera una disminución en la población infantil con estos malos hábitos.

Por su parte, en Panamá, (Córdoba, 2020), llevó a cabo un estudio donde evaluó a 46 niños entre 3 a 11 años, en los cuales se logra identificar que el 98% de estos presentaban alteraciones en la motricidad orofacial. La

mayoría de los participantes presentaron protrusiónlabial cerrada en ambos lados, lateralización de la mandíbula.

Con estos estudios podemos concluir que es necesario capacitar a los padres sobre los malos hábitos orales, ya que con esto se podría evitar consecuencias graves en los niños. Con estas capacitaciones tendríamos padres más educados, que sabrían cómo actuar, a que especialista asistir y en qué momento, ante estas alteraciones.

1.3. Justificación.

A lo largo de los primeros años de vida los infantes comienzan a adquirir costumbres que los van a seguir en su vida diaria, se considera que algunos pueden ser beneficiosos, sin embargo, existen otros que pueden ser nocivos si se alargan demasiado tiempo, por eso es importante hacer campaña de prevención sobre estos mismos para intentar reducir la aparición de malos hábitos orales en la población infantil (clinicaZM, 2020).

Maspero, Prevedello, Giannini, Galbiati y Farronato (2014), citado por (ASHA, s.f) señala que los trastornos miofuncionales orofaciales (OMD) son patrones que involucran la musculatura oral y orofacial que intervienen en el crecimiento normal, el desarrollo o la función de las estructuras orofaciales, o llaman la atención sobre sí mismo (Mason, ndA). Los OMD se pueden encontrar en niños, adolescentes y adultos. Las OMD pueden coexistir con una variedad de trastornos del habla y la deglución. Los OMD puede reflejar la interacción de comportamientos aprendidos, variables físicas/estructurales, factores genéticos y ambientales.

En cuanto al rol de los padres, considerando que la madre es quien juega un papel fundamental, que pueden contribuir en permitir o evitar un riesgo social, familiar, económico y educativo. Los programas educativos sirven para promover y prevenir las alteraciones con respecto a la salud bucal, generando un impacto efectivo y así poder manipular los factores que puedan provocar riesgos desde una infancia temprana. Los padres son los responsables para educar a sus hijos acerca de la importancia de la salud bucal, sin embargo, no todos poseen los debidos conocimientos para poder realizarla de manera adecuada (L. Benavente et al., 2012).

En la tarea educativa para cambiar o corregir el estilo de vida para cuidar la salud bucal debe ser desarrollada en conjunto con la familia, por esta razón se debe proteger, reforzar la unidad y mantener el prestigio de esta. La precaución de las alteraciones bucodentales se puede manifestar de forma efectiva si se lleva a cabo un trabajo de la mano con la familia, puesto que ellos son los que transfieren costumbres, tradiciones y donde se afianzan los hábitos, se logra la cooperación de la familia, ya que como se ha expuesto anteriormente (Capote & Campeyo, 2012).

Es fundamental que, dentro del círculo familiar, quienes la conforman reciban estilos de vida saludable para poder prevenir la evolución de hábitos que pueden llegar a ser deformantes, como por ejemplo la succión digital, donde los padres ejercen una labor esencial, ya que producen que el niño reciba los hábitos adecuados y las ganancias, que ayudan a la evolución de un desarrollo correcto del sistema estomatognático (Capote & Campeyo, 2012).

Estos malos hábitos orales pueden traer repercusión en el habla, lenguaje y deglución, las cuales pueden transformarse en alteraciones como: deglución atípica, respirador bucal y disglosias y pueden traer

consecuencias a nivel dental, mandibular, posturales, apneas, anquiloglosias, ronquera, alteraciones en la masticación o alteraciones en la misma voz e incluso escolares (Márquez, 2015). Por otra parte, el origen de los hábitos orales está asociado a factores primarios como: alteración en el comportamiento normal, momentos de angustia, situaciones de desacierto, y razones secundarias que se relacionan con el contexto (intrafamiliar y escolar) (Chamorro et al., 2012). Se puede evidenciar que existe una relación entre los problemas de lenguaje con las maloclusiones siendo más presentes en niños en edad escolar, esto trae consigo contratiempos en la formación de la lectura y escritura (R. Álvarez et al., 2010).

Existe una relación entre los hábitos orales deformantes y las dislalias en particular con el empuje lingual, ya que estos sufren alteraciones importantes durante el crecimiento entre los diez años y la madurez. De igual forma estos cambios pueden tener un papel importante en la evolución de la voz (Cab et al., 2012).

Por otra parte, se han encontrado hábitos nocivos nombrados como compulsivos y no compulsivos, los no compulsivos se pueden erradicar de manera sencilla o se logran perder a lo largo de la maduración, pero los compulsivos se rigen con un esquema de actos en los infantes que concluye en malas oclusiones en la edad madura, y esto puede traer consigo cierta sujeción a nivel mental de algunos actos como: incertidumbre, pánico y contratiempos emocionales. Entre los hábitos nocivos, el bruxismo es un trastorno psicológico y desorden del SNC, donde tienden a ser imperativos y ansiosos. Un hábito muy conocido es la succión digital, este inicia a temprana edad y si no se corrige a tiempo puede presentar consecuencias graves en la oclusión durante la adolescencia y la edad adulta. En muchas ocasiones trae consigo

consecuencias de conductas regresivas a causas de conflictos mentales, colectivos y a nivel sentimental, ya que se debe ultimar alrededor de los 3 y 4 años (N. Cisneros, 2016). Estos malos hábitos orales deben eliminarse debido a que pueden causar afectaciones en el desarrollo de las maloclusiones provocando consecuencias futuras biológicas, psíquicas, sociales y económicas (Haces et al., 2009).

Finalmente, a través del proyecto educativo se busca que los padres de familia estén más informados y puedan detectar algún mal hábito de manera prematura y puedan darle la debida atención. Los hechos expuestos anteriormente hacen necesaria la realización del presente trabajo.

Al final, se puede determinar que existen múltiples factores que pueden manifestar una dificultad en la motricidad orofacial, y es aquí donde se puede notar la debida importancia de orientar a la población, para que se puedan identificar de manera prematura, oportuna y evitar afectaciones de estos malos hábitos orales.

1.4. Objetivos

A continuación, se mostrarán los siguientes objetivos que muestran la importancia de la realización del presente proyecto.

1.4.1. General:

- Concienciar a los padres de familia del programa de estimulación precoz de IPHE, sobre las alteraciones en la motricidad orofacial causadas por los malos hábitos orales en sus hijos.

1.4.2. Específicos:

- Identificar los conocimientos previos de los padres de familia sobre las alteraciones en la motricidad orofacial y los malos

hábitos orales.

- Identificar la presencia de malos hábitos orales en los estudiantes del PEP según los padres de familia.
- Brindar orientaciones a los padres de familia sobre actividades que puedan realizar para abordar los malos hábitos orales, mediante talleres.

1.5. Duración

Se comenzará por obtener los enlaces del PEP del IPHE, para luego adquirir un contacto directo con los mismos padres, se procederá a explicarles el objetivo del proyecto, la importancia y los beneficios que obtendrán de este mismo.

Luego se hará la clasificación de los padres que aceptaron participar en el proyecto educativo, presentándole de igual el consentimiento informado y se procederá a enviar por vía Internet.

Inmediatamente se les enviará por vía Internet (formulario de Google) una encuesta previa a las capacitaciones, obteniendo así el conocimiento previo sobre los desórdenes miofuncionales, y se pasará a programar las reuniones a través de alguna plataforma (WhatsApp y Zoom), donde se les expondrá una charla acerca de cuáles son los malos hábitos orales, sus consecuencias y de qué forma prevenirlos o darles una atención temprana en caso de estar presente algún mal hábito.

Después de terminadas las charlas se les aplicará un postest para ver si hubo un cambio en sus conocimientos adquiridos acerca de los desórdenes miofuncionales orofaciales.

Una vez obtenidos los datos, se realizará una estadística y se analizará los resultados obtenidos que buscará resolver los objetivos que se pretendían

alcanzar, estos resultados deben ser comunicados a los padres de familia y los enlaces del IPHE. En aquellos casos donde se requiera referencia se les brindará a los padres diferentes opciones de instituciones a las que puedan acudir para un tratamiento.

Por último, se procederá a construir un manual donde se les pueda brindar a estos padres de familia información acerca de características, consecuencias y tips para identificar de manera oportuna.

Se espera que la realización del estudio dure tres meses.

1.6. Beneficiarios

- **La población que se beneficiará directamente en la ejecución de este proyecto será:**

Los primeros beneficiarios serán los padres de los niños (as) del PEP del IPHE, para que mejoren las habilidades de detección temprana en sus hijos.

Los segundos beneficiarios serán los acudidos de los padres de familia, para analizar si alguno presenta algún mal hábito oral.

- **La población que se beneficiará indirectamente en la ejecución de este proyecto será:**

Los docentes, directivos y especialistas del PEP del IPHE de las regiones de San Miguelito, alcalde Díaz, Chilibre, Juan Díaz, Pedregal, Las Cumbres, ya que recibirán información sobre los datos obtenidos y obtendrán padres de familia más informados para la detección temprana.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.

2.1 Fundamentación Teórica.

2.1.1. Definición de Habla

Hace referencia a la capacidad de los seres humanos para comunicarse de forma oral, relacionada con los sonidos y articulaciones del habla.

Saussure (1945), citado por Susaníbar et al. (2013) señala que el habla es un conjunto de signos y pautas que se rigen por un sistema individual. Cuando las personas emplean el habla, proceden de manera voluntaria e involuntariamente, armando combinaciones lingüísticas, permitiendo de esta forma llevar a cabo el uso de su código personal y el instrumento anatomofisiológico empleado en la fonoarticulación.

El habla compromete coordinación, fuerza y rítmica para lograr de manera correcta los movimientos con la coordinación de los músculos. Esto abarca también, la mayoría de los centros cerebrales que son los primeros en formular y luego producir el comunicado hablado (Kumin, s.f).

Cuadro N°1 Elementos del Habla

Elementos	Características
Articulación	Es el modo con el que se realiza la producción de los sonidos. Ejemplo: los infantes tienen que memorizar como se ejerce la producción de la sonoridad del fonema (s) para lograr evocar correctamente (sol) en lugar de (tol).
Voz	Se da gracias al utilizar los pliegues vocales y la respiración para ejercer la sonoridad.

	Ejemplo: se consigue llegar a exceder el uso de la voz, ya sea por su uso inadecuado, provocando ronquera y pérdida de voz.
Fluidez	Es el ritmo en el momento en el que se produce el habla. Ejemplo: la disfemia puede provocar una afectación en la fluidez a la hora de expresar.
Prosodia	Es uno de los elementos del habla que nos permite expresar o comprender; es utilizado para comprender o expresar un deseo comunicativo, esto sucede mediante la melodía de la voz, lo que abarca acentuación, tono, vibraciones y el ritmo.

Fuente: información obtenida de (ASHA, s.f) (Leiva et al., 2017) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

2.1.2. Definición De Órganos Fonoarticuladores (OFAS)

Es un conjunto de órganos que se coordinan de manera simultánea, para llevar a cabo de manera adecuada distintas funciones.

Los investigadores, Romero et al., (2012) citado por Esparza & Castillo (2016), señalan que los OFAS, son estructuras anatómicas que permiten articular los sonidos, por medio de la ejecución de movimientos específicos para cada uno.

Cuadro N°2 Órganos que conforman la estructura del habla

Estructura	Ubicación
Cavidad bucal	Situada en la porción anterior-inferior de la cara, confín por las mejillas, labios, bóveda palatina, piso de la boca, los pilares del paladar y el paladar blando.

Labios	Limitan con la parte anterior de la boca. Se relaciona de dos pliegues musculares cubiertos por tejido epitelial y tejido conjuntivo, dando la formación de la mucosa y la piel. Su oficio es la articulación de los fonemas labiales.
Mejillas	Limitan con la parte lateral de la boca. Su oficio reside en conservar el aire dentro de la boca, de modo que puedan igualar la porción de aire adecuada para llevar a cabo la función articulatoria apropiada. A parte, influyen en la resonancia y cooperan en el timbre propio de la voz.
Dientes	Son fundamentales para la función articulatoria de los fonemas dentales, situados al margen alveolar de los maxilares.
Bóveda palatina	Limita con la parte de arriba de la boca, estando conformada por una contextura ósea (paladar duro y velo del paladar). <ul style="list-style-type: none"> • Paladar duro: es aquel que cumple con la función articulatoria de los fonemas palatales, considerada como la parte pasiva. • Velo del paladar: es una contextura que finaliza en una protuberancia conocida como úvula.
Lengua	Es un órgano extraordinariamente móvil, conformado por una variedad de músculos, revestido por mucosa. El oficio en la función fonatoria es doble: contribuye en la resonancia y cambia la figura de la cavidad bucal y la articulación de los sonidos laríngeos.

Faringe	Es un cilindro que está compuesto por 3 músculos constrictores que son: superior, medio e inferior que juntos permiten el paso del bolo alimenticio en dirección al esófago. Este mismo se conecta con nariz (nasofaringe), nariz (nasofaringe), boca (orofaringe) y laringe (laringofaringe).
	Es la parte que forma el tracto respiratorio que se encuentra ubicado entre la laringofaringe hasta la tráquea. La misma varía según la edad, en los adultos de 5 a 7 cm de longitud y
Laringe	en los niños suele estar posicionada en la parte superior del cuello.
Fosas nasales	La nariz está conformada por orificios nasales. Estos son considerados las principales vías de respiración. Está constituida por el hueso frontal, maxilar y nasal. Se extiende desde los orificios nasales hasta la parte frontal de la cara.

Fuente: información obtenida de (Mateos & López, s.f), (Sologuren, 2009), (Aguilera et al., 2012) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

2.1.3. Procesos para la producción del Habla

Para que el habla se pueda producir correctamente necesita de la coordinación neuromuscular, la cual se clasifica en los siguientes procesos: Neurolingüística, Neurofisiológico, neurosensorial y neuromuscular.

2.1.3.1 Proceso neurolingüística

“analiza al lenguaje en sus relaciones con el cerebro humano, estableciendo los procesos funcionales” (Cáceres, 1999,p.1). La Neurolingüística, es uno de los procesos más comprometidos en lo que son los elementos del lenguaje, al mismo tiempo se ha involucrado en aclarar el papel que desempeña el lenguaje, tanto en la transmisión como en la percepción de información, específicamente en el habla. Este proceso lo consigue el niño a medida de su desarrollo. El hemisferio derecho del cerebro se involucra de cierta manera en los procesos de comprensión y expresión del lenguaje. Todas las lesiones que puedan llegar a darse en el hemisferio derecho se asocian con variaciones en la articulación de las palabras, errores en la denominación, alteraciones en el aprendizaje a la hora de adquirir un nuevo material verbal, dificultades en la prosodia, disfemia y dificultad en la entonación de las voces

2.1.3.2 Proceso neurofisiológico

Aunque la parte sociocultural influye de manera importante para la formación del habla del niño se debe reconocer que esta adquisición no sería posible sin el soporte material, que es el cerebro. Se conoce que las estructuras del SNC y SNP participan de forma directa e indirecta a la hora de la adquisición del habla, lo que nos lleva a constituir la base neurofisiológica. Según algunas investigaciones realizadas anteriormente analizando el córtex cerebral, dan como resultado que la parte fundamental es el hemisferio izquierdo que ejerce un papel fundamental, tanto en la lingüística como otras actividades cognitivas que tienen relación con el lenguaje. Por ende, el proceso de adquisición y expresión del habla no se da a través de una sola función, sino que se conforma por múltiples funciones del SN, esto nos lleva a entender que dicha adquisición es un proceso complejo, que requiere de diferentes mecanismos, tanto biológicos como socioculturales. Se conocen dos términos importantes, la integración (evolución neurológica de los órganos que participan en el habla) y organización (enfocado en el entorno donde se desarrolla el infante) **(Castañeda, s.f).**

2.1.3.3 Proceso neurosensorial

Echeverría, Uscátegui, Talero (2017) citado por C. Rodríguez (2018) señala que el desarrollo del lenguaje es un proceso complejo, el cual está considerado como un marcador evolutivo del ser humano, pero su correcto desarrollo puede comprenderse a partir de la contribución de los sistemas sensoriales y de algunos eventos secundarios ocurridos en periodos críticos del desarrollo.

Esto quiere decir que el habla y el lenguaje requiere de la participación de determinados sistemas de integración sensorial para que se dé su correcta formación, por ejemplo, en el lenguaje expresivo se requiere que exista la debida integración visual de la mano de la audición y la percepción que es proporcionada por las diferentes actividades del sistema fonoarticulador. Por ejemplo, un bebé para que obtenga un buen desarrollo en el control motor del habla, manejará la información visual y propioceptiva que perciba de sus interlocutores.

2.1.3.4 Proceso neuromuscular

Su acción básica se basa en la acción conjunta de varios órganos, el mismo está constituido por diferentes funciones que se conocen como: respiración, fonación, resonancia y articulación (**Learning & Cookbook, s.f**).

2.1.4. Punto y Modo Articulario de los Fonemas

Cantero (2003) citado por Edo (2013), indica que en la ciencia se conocen dos términos principales, la fonética estudia la producción de los fonemas, dentro de esta misma existen otra rama, la articularia, acústica y perceptiva. Mientras que la fonología es la representación mental de los fonemas y es la encargada de clasificar esos mismos sonidos desde la perspectiva lingüística.

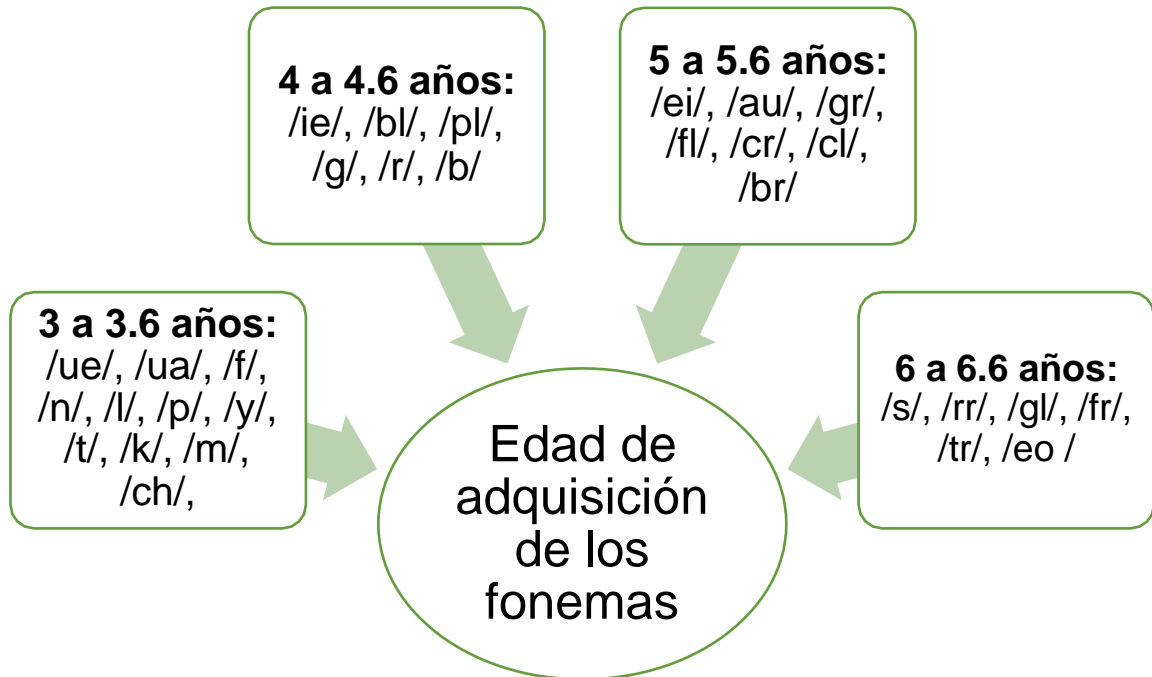
Entre los distintos puntos articularios donde se ejercen los fonemas se pueden encontrar: Las bilabiales (son aquellas que se dan por el acercamiento de los labios /b/, /p/, /m/), las labiodentales (se da cuando existe un contacto directo entre los dientes y el labio inferior produciendo así el fonema /f/), las interdental (es aquella que se da cuando la punta de la lengua tiene un contacto entre los dientes

dando la articulación del fonema /z/), las linguodentales (se ejerce cuando el ápice de la lengua tiene una conexión sobre los alveolos, dando como resultado los fonemas /t/, /d/), las linguoalveolares (se dan al momento en el que el ápice de la lengua tiene un enlace sobre los alveolos, produciendo así los fonemas /s/, /l/, /r/, /rr/, /n/), las linguopalatales (los fonemas se producen con la parte anterior de la lengua contra el paladar, dando como resultado /ch/, /y/, /ll/, /ñ/), las linguovelares (ocurren cuando el dorso de la lengua hace contacto con el paladar produciendo los fonemas /k/, /g/, /j/) (Castañeda, s.f).

Por otro lado, se encuentra el modo de articulación, donde se destacan: las oclusivas (se producen por una obstrucción en los órganos bucales, donde próximamente el aire comprimido va a ser liberado de manera explosiva, produciendo así los fonemas /p/, /b/, /t/, /d/, /k/ y /g/), las africadas (se da por la mezcla de una oclusión y la fricción, este grupo está conformado por la /ch/ y la /g/, aunque en algunas circunstancias la /g/ es considerada como oclusiva), las fricativas (ocurren por una obstrucción parcial produciéndose un roce mínimo produciendo así los fonemas /f/, /z/, /s/, /y/, /j/), las laterales (se da por el escape del aire por el lateral de la boca, produciendo así los fonemas /l/ y /ll/) y las vibrantes (se da por la no inmovilidad de la lengua que da como resultado una colocación en la parte superior de la boca, lo que hace que la punta vibre produciendo así los fonemas /r/ y /rr/) (Castañeda, s.f).

Hay 3 clases de sonidos del habla: vocales (sonidos que salen sin ningún obstáculo), consonantes (producidas por la existencia de un obstáculo al momento de salida del aire) y los sonidos sonoros (mezcla de los dos anteriores) Edo (2013).

2.1.5. Adquisición de los fonemas por edades



Fuente: información obtenida de Melgar (1976), citado por Susanibar et al. (2013) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

2.1.6. Trastornos Del Habla

(Aguado et al., 2013) expresa que los trastornos de habla y articulación se refieren a los obstáculos que se mantienen persistentes al momento de producir el habla, pero que no son resultados de alteraciones neurológicas, déficits motores o malformaciones de los OFA. Estos obstáculos se presentan cuando existe una falta de ciertos sonidos del catálogo fonético y en distintos niveles de incapacidad

para ordenar de manera correcta las series de sonidos que dan la formación de las palabras.

En conclusión, los trastornos del habla no tienen relación con alteraciones o malformaciones, ya que se deben a la falta de algunos sonidos que se pueden ver dentro del repertorio fonético. Siendo el que menos dificultades causa a diferencia de los aspectos del lenguaje como: semántica, sintaxis, pragmática, etc.

Conocer la etiología de un niño que presente alguna dificultad en sus destrezas lingüísticas puede ser un poco confuso antes de presentar los 3 años. Después de los 4 años, estos obstáculos pueden exponerse en otros niños que presenten problemas en el crecimiento, TEA, pérdidas auditivas y problemas en el aprendizaje.

Las dificultades en el habla pueden estar asociadas a daños en el SNC, dificultades o alteraciones en la musculatura oral (como el paladar hendido o alteraciones en la dentición), deterioro en regiones del cerebro o pérdidas auditivas. Existen trastornos del habla que guardan una conexión con alteraciones en la voz, que son provocados por dificultades en el paso del aire hacia los pulmones, cuando el aire pasa en dirección a los pulmones (Losada, 2017).

Cuadro N° 3 Causas de los trastornos del habla

Deficiencia de los órganos del habla	Lesión cerebral en la infancia	Retraso en el desarrollo corporal
<ul style="list-style-type: none">• El nivel y la extensión de un atraso o alteración en el lenguaje suele contar de primera mano con la gravedad de la deficiencia de los órganos; en cambio, se encuentran niños que a pesar de tener notorias alteraciones dentales no presentan algún trastorno del habla. Entre las causas secundarias de los órganos periféricos se pueden hacer notar los pólipos, causando inflamaciones en el área rinolaríngea, provocando afectaciones del oído y en algunas ocasiones con disminución e inclusive produciendo una sordera que nos puede llevar a un retraso en el habla.	<ul style="list-style-type: none">• Los traumatismos cerebrales a edades muy tempranas no están precisamente conectados con un desorden mental o con un atraso en desarrollo de la adquisición del habla, ya que estos traumatismos pueden ocurrir prenatal o postnatalmente. De ocurrir un daño en el hemisferio izquierdo a causa de un traumatismo cerebral en la infancia podrán causar un desorden mayor en el habla. Se ha evidenciado que los atrasos en el habla están relacionados con la parte motriz.	<ul style="list-style-type: none">• La evolución del habla no se puede desunir del desarrollo corporal. Si existe un retraso en el crecimiento corporal, como la prematuridad, que trae consigo un bajo peso y desórdenes nutritivos, se debe tener en cuenta que el desarrollo del habla no tendrá una evolución normal. En estos niños se contempla muy seguido lo que se nombra como "intervalos mudos", donde el niño comprende lo que se le indica, sin embargo, no puede expresarlo.

Fuente: información obtenida de (Castañeda, s.f) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María

2.1.6.1 Niveles de gravedad de los trastornos del habla

Los trastornos del habla dependiendo de la causa, pueden tener diferentes características o niveles de dificultad.

Losada (2017), indica que existe tres niveles de gravedad relacionados a los trastornos del habla:

Retardo leve: el niño reemplaza aquellos sonidos que le producen mayor dificultad a la hora de pronunciarlos por sonidos que le resultan más fáciles (“ota” en vez de “pelota”), esto es conocido como procesos fonológicos de simplificación. Su vocabulario resulta ser un poco limitado, mientras que los niveles comprensivos y morfosintácticos se encuentran en el rango de normalidad, y en el nivel pragmático, no se notifican variaciones especiales.

Retardo moderado: los sucesos de simplificación fonológico se consideran más notables y abundantes, el infante presenta un visible escás de léxico y la comprensión se reduce al contexto más próximo y conocido. Por otro lado, el nivel morfosintáctico se muestra con un alto déficit. Sin embargo, el lugar donde es más notable el retraso se encuentra en la ejecución de los artículos, preposiciones y en la creación de oraciones sencillas. Por lo general, el infante llega a comunicarse con gestos, es notable su poco ímpetu e intervención durante las charlas sociales.

Retardo grave: los modelos fonológicos de los infantes se muestran disminuidos a una lista pequeña de consonantes (/p/, /n/, /t/, /m/), de vocales (/a/, /u/, /i/) y en la contextura de palabra consonante-vocal como: /pa/, y consonante-vocal-consonante-vocal como: /papa/. Emplean palabras que contienen el significado de toda una oración, por ejemplo: más y dame. La comprensión presenta mayor dificultad sino se provee una ayuda del contexto.

Cuadro N°4 Trastornos de los sonidos del habla.

Alteraciones de la articulación

Alteraciones de la fluidez verbal

- **Dislalias evolutivas:** son las variaciones del habla que se dan al realizar la producción de los fonemas, estas se manifiestan aproximadamente a los 3 o 4 años y tienden a perderse por sí solas.
- **Dislalias audiógena:** son aquellos desórdenes provocados por una incapacidad auditiva, el infante no coordina correctamente por la razón de no discriminar bien. Tienen asociaciones con los desórdenes de la voz (defecto de armónicos, voz nasal, intensidad insuficiente).
- **Dislalias funcionales:** es un sonido o fonema que no se evoca de manera correcta, pese a ser percibido y distinguido normalmente de otros sonidos. Se impone más allá de los 4 años, y entre su etiología se encuentran: incoordinación psicomotora, estimulación lingüística deficiente, confusiones perceptivas.
- **Disglosias:** desordenes en la evocación oral provocado por una alternación anatómica y fisiológica. Pueden dividirse en: disglosias labiales (labio leporino, frenillo labial hipertrófico, fisura de labio inferior), disglosias linguales (anquiloglosia, macroglosia, malformaciones congénitas), disglosias

En los trastornos de la fluidez oral o de la palabra es muy frecuente notar repeticiones, extensión de sonidos, sílabas, palabras o frases. Se nota con frecuencia lo que son bloqueos y pausas, tienen la costumbre ir de la mano con muletillas, perifrasis, exceso de uso de sinónimos y lenguaje redundante. Suelen clasificarse en: clónica, tónica y mixta.

mandibulares (recepción del maxilar superior o inferior, atresia mandibular, progenie), disglosias palatales, nasales y dentales.

- **Disartrias:** se generan como resultado de una alteración neurológica a nivel periférico que altera la musculatura que se ve involucrada en el habla. Incluye alteraciones motoras, ya sea respiración, resonancia, articulación, fonación o prosodia. Se clasifican en: flácidas, atáxicas, espásticas, hipercinética e hipocinética.
- **Trastornos fonológicos:** se altera la producción de palabras y frases, considerando que presentan correctamente una producción de fonemas y sílabas aisladas.

Fuente: información obtenida de (Martín, 2010) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

2.1.6.2 Trastornos que afectan el habla

A continuación, describiremos algunos trastornos que logran incidir negativamente en la producción del habla:

Disfasia: es la incapacidad del lenguaje comprensivo y expresivo en infantes con un CI adecuado a su edad. Se puede manifestar de forma evolutiva o adquirida. Al presentarse una incapacidad en el lenguaje comprensivo y expresivo se va a manifestar un vocabulario un poco limitado.

Trastorno de la comunicación social: los usuarios que presenten este desorden presentarán problemas para adaptar la comunicación en su entorno, de la misma manera, para comprender metáforas, entender los gestos y seguir la espera de turnos.

Taquifemia o farfuleo: se califica por un habla excesivamente rápida, lo cual lleva a perder palabras y llevar a cabo diferentes errores.

Afasia: es una de las alteraciones que más se conoce. Se trata de una pérdida o cambio en el lenguaje en individuos mayores, en niños suele llamarse disfasia. Esta se da por un cambio o lesión cerebral. (Losada,2017, p.1)

2.1.7. Relación entre los hábitos orales nocivos y los fonemas

La existencia de malos hábitos orales se ven muy relacionados con los trastornos de los sonidos del habla, por ejemplo, el empuje lingual. Los órganos como la lengua y el área intermaxilar padecen cambios en su desarrollo entre los 10 años y la adolescencia, lo que puede traer consigo cambios importantes en la morfología e influir en la evolución de la voz (Cab et al., 2012).

Entre los hábitos orales deformantes asociados a los trastornos de los sonidos del habla se encuentran: succión digital (ocasiona anomalías en la postura de la lengua, eleva alveolos y paladar duro, altera posición de los incisivos superiores), respiración bucal (alteración de la estructura del paladar, variación de la postura de la lengua, deglución alterada, alteraciones fonéticas), dificultades en la masticación (bajo tono muscular de los músculos maseteros y buccinadores), deglución atípica (provoca presión sobre los dientes de arriba, si esta presión se hace constante puede ocasionar movimientos en los dientes, dando como resultado una mala oclusión, afectándose el fonema /s/), succión de labio superior e inferior (provoca malas oclusiones dentales, afectando los fonemas fricativos) y succión de chupete o biberón (provoca deformaciones en el paladar) (Cab et al., 2012).

Los fonemas se pueden afectar dependiendo de la relación del hábito oral nocivo:

- Succión no nutritiva mantenida: se asocian con las disglosias: labial (/p/, /b/, /m/), maxilofacial (/t/, /d/, /n/, /l/, /s/), dental (/t/, /d/, /s/, /l/, /r/, /rr/, /n/) (Collado, 2020).

- Interposición del labio inferior: Collado (2020) hace referencia a, labial (/p/, /m/, /b/, /f/), si se prolonga la interposición en el momento del habla (/t/, /d/, /z/, /s/).
- Deglución atípica: labial (/p/, /b/, /m/), maxilofacial (/t/, /d/, /n/, /l/, /s/), dental (/t/, /d/, /s/, /l/, /r/, /rr/, /n/) (Collado, 2020).

2.1.8. Síndromes asociados al habla

La mayoría de los usuarios que nacen con alguna alteración genética o sindrómica acarrea consigo algunas condiciones que impactan significativamente en el cualquiera de los niveles de los procesos para la producción de este.

A continuación, mostraremos algunos síndromes que se mantienen complicaciones para la producción del habla.

- Síndrome de Angelman: Taillefer (s.f) indica que entre las características de los usuarios que presenten esta alteración se encuentran: boca grande, separación de la dentición, microcefalia y lengua saliente, por otro lado, a nivel neurológico se dan alteraciones a nivel intelectual y motor, epilepsias, alteraciones del sueño, carencia de lenguaje. La gran mayoría de los usuarios que presentan este síndrome no logran adquirir el lenguaje oral o presentan un vocabulario escaso y su lenguaje comprensivo se encuentra en mejor estado que el expresivo (p. 14).
- El síndrome de Cornelia de Lange: Se representa por una dismorfia facial. En la evolución del habla se presenta un retardo e inclusive puede estar ausente, en algunos momentos sin gestos o mímicas. En algunas ocasiones se encuentra presente el lenguaje, pero de forma repetitivo con una dificultad para emplear una conversación, presentan alteraciones en la

voz (voz ronca). Su lenguaje comprensivo se encuentra en mejor estado que el expresivo. Se debe considerar sus dificultades para la coordinación y producción de actividades motrices que son necesarias para llevar a cabo el habla (Taillefer, s.f).

- El síndrome de Usher: Taillefer (s.f) señala que es un desorden genéticamente heterogéneo, acompañado de hipoacusia, alteraciones vestibulares. En relación con la comunicación los usuarios solicitan algún tipo de apoyo o entrenamiento.
- El síndrome de Treacher Collins: Se presenta por anomalías del oído externo u orejas y la mitad de los usuarios presentan una pérdida conductiva, esto se debe por sus malformaciones en la caja timpánica. Hay usuarios que presentan un déficit en su CI, pero normalmente su inteligencia suele estar entre los rangos normales. Entre la particularidad de este síndrome se puede encontrar afectado el habla, mostrar alteraciones articulatorias, de resonancia y su inteligibilidad (Taillefer, s.f).
- El síndrome de Moebius: Botero Hernández et al. (2017) señala que es una anomalía congénita, en el cual se encuentra afectado el VII par craneal, presentando dimorfismo orofacial. Muestra afectaciones de la audición y alteraciones en el neurodesarrollo que conducen a dificultades sociales. Generalmente, los usuarios con este síndrome manifiestan una parálisis del nervio facial que puede llegar a ser uni o bilateral, presentando de igual forma sialorrea. Entre sus características se encuentran: micrognatia, paladar hendido en U, alteraciones cardíacas, urinarias, úvula hendida y alteraciones en la comunicación (p. 110).
- El síndrome de Down: Los usuarios con este síndrome muestran alteraciones en el lenguaje, habla y comunicación. Entre sus características

se encuentran: retardo en la evocación de sus primeras palabras y ganar un adecuado vocabulario, su lenguaje comprensivo se encuentra en mejor estado que el expresivo, en relación con la fluidez existe algún tipo de inconveniente en el proceso del habla como, por ejemplo disfemia, con respecto a la resonancia puede presentar hipernasalidad o hipo nasalidad, acerca de la prosodia su habla se mantiene uniforme, por lo general, utilizan gestos para suplir su incapacidad de comunicación oral, presentan alteración en la articulación, en cuanto a la audición se muestra una pérdida auditiva, ya sea de manera fluctuante o permanente, lo que producirá una impresión desfavorable del lenguaje, en muchos casos suelen tener alteraciones respiratorias, provocando una dificultad en la articulación (Cid, 2019).

2.1.9. Sistema Estomatognático

El SE es aquel que se encarga de integrar y coordinar los movimientos orofaciales, constituido por estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales. Este sistema se encuentra ligado a otros sistemas, como: respiratorio, fonológico, de expresión estético-facial, digestivo y con los sentidos, para llevar a cabo funciones como: succión, digestión oral (masticación, salivación y la degustación); deglución, comunicación verbal (Revuelta, 2009).

Barreto (1999), citado por Carrillo & Brito Leal (2020), señala que el SE es definido como una parte que se integra y se coordina al mismo tiempo y que es formada por diversas estructuras musculares, nerviosas, glandulares, esqueléticas y dentales, que se ordenan por diferentes articulaciones que se relacionan con otros sistemas y sentidos, dando como resultado que se ejecuten diferentes funciones como la masticación, la deglución, la articulación, entre otras.

Estas definiciones nos indican que el SE es un sistema complejo, que necesita de otros sistemas, órganos y sentidos para poder llevar a cabo las distintas funciones.

Otro de los puntos importantes, es que de existir algún tipo de afectación en alguna de estas estructuras que se relacionan entre ellas puede dar como resultado algún tipo de alteración en la ejecución de dichas funciones, lo que puede traer repercusiones en la vida cotidiana de un individuo.

El SE muestra la unidad que se localiza en el área cráneo-cérvido-facial, que está formado por diferentes elementos anatómicos (órganos) que están constituidos por diferentes orígenes embrionarios (Fuentes, 2018). El correcto funcionamiento se deberá a su relación con: músculos, ligamentos, dientes y ATM, esta misma lleva a cabo un funcionamiento coordinado de cada una de las partes de este sistema. Este sistema neurosensorial permite ejecutar las funciones comunes como: la masticación, fonación y deglución. Cuando existe una alteración funcional o estructural, este sistema se adaptará para prevalecer su funcionalidad (Guerrero et al., 2013).

Las tareas del sistema estomatognático se separan en funcionales y no funcionales, las funcionales son: como tragamos, la manera en que producimos los sonidos, la forma en que masticamos, como degustamos, la manera de respirar y nuestra estética, estas mismas están moderadas y determinadas por componentes fisiológicos esenciales como: la ATM, oclusión dentaria, información mecanosensitiva y neuromusculatura, por otro lado están las no funcionales que son: chuparse el dedo, respirar por la boca, comerse las uñas, chuparse el labio, protrusión lingual y bruxismo, se dice que estas parafunciones no tienen repercusiones en el sistema estomatognático, pero cuando estas se prolongan pueden causar una fatiga en el mecanismo de adaptación fisiológica, dando como resultado una disconformidad morfofuncional que puede producir trastornos temporomandibulares u otros trastornos (Fuentes, 2018).

Cavero (2013) se refiere a que uno de los factores que puede dañar el Sistema Estomatognático, es el estrés, lo cual se puede delimitar como un modelo de energía presente en el organismo y una vez expulsada puede llevar a provocar un

trastorno psico-emocional-social que puede concluir con alteraciones musculares de cabeza, cuello y espalda, causando un desperfecto en algún elemento del sistema estomatognático.

2.1.10. Crecimiento y desarrollo cráneo facial

Revuelta (2009) indica que este desarrollo inicia en la 4ª semana de gestación con el primer arco braquial, para más adelante dar formación a los mamelones maxilares, ya que estos forman parte del proceso de desarrollo de la cara y la boca. Gracias a los mamelones maxilares superiores y nasales, en la 5ª semana se da el desarrollo del paladar, narinas y coanas. Al cabo de la 9ª semana se da la separación de la cavidad nasal y oral, y la formación del septum nasal (p.82).

Al momento de nacer, los labios son aproximadamente maduros, lo que otorga chupar con fuerza, por otro lado, las estructuras subsiguientes son relativamente inmaduras, y a medida del desarrollo se va a requerir una actividad superior de la parte subsiguiente de la lengua y desplazamientos más complicados de las cavidades faríngeas. Los músculos de la cara van a contribuir de dos formas en la evolución de la mandíbula, primero se encuentra el desarrollo del hueso en la región de inserción de los músculos que va a necesitar la acción de estos mismos y como secundario, la musculatura es un fragmento originario de los tejidos blandos, donde su evolución suele dirigir a la mandíbula hacia abajo y hacia adelante. Se dice que se debe investigar más acerca de los divisores ambientales que de los genéticos, ya que el dominio ambiental ejerce sobre la formación de la dentadura, maxilares y cara, que residen elementalmente en empujes y resistencias provenientes de la acción funcionales, la cual debe ajustarse al contexto, como ejemplo están las acciones de masticación y deglución que vienen definidas por el alimento apto. Cuando el sistema neuromuscular accede a estas funciones el usuario está ejecutando ambas actividades que va a contribuir en los dientes, maxilares y también en el desarrollo posterior del maxilar superior y la erupción dentaria. Durante el aumento postnatal de los huesos, se instaura una

sucesión de renovación para conservar la apariencia necesaria de su biomecánica ambiental, además de esta base, la actividad masticatoria se considera como una causa ambiental que cumple con un destacado rol del crecimiento craneofacial (Reni Muller & Piñeiro, 2014).

Revuelta (2009) hace referencia a que el paladar está conformado por dos porciones que son el duro y el blando. El paladar duro, es de conformación ósea y es el más precedente, mientras que el paladar blando es una pared músculo membranoso, movable y se contrae que se extiende hacia detrás y hacia bajo del paladar duro, y divide la orofaringe del cavum y actúa en la actividad para fonar y deglutir. El paladar blando se produce a partir del 1er, 2do y 3er arco branquial, en dos fases: el labio superior y el paladar primario están formados desde la 4a semana y el paladar secundario o seguido, está compuesto al final del 2º mes. La lengua inicia a formarse de manera simultánea que el paladar. A través de su formación, la medida de la lengua se relaciona con el área craneal. Esta misma dobla su medida y su amplitud en el momento que el individuo empieza a desarrollarse hasta llegar hacer adolescente.

2.1.10.1 Esquema corporal

Estas nociones, que crecen paralelamente a los primeros meses de vida extrauterina, pero que comienzan durante la vida intrauterina, se van conformando cada vez más sencillos e involuntarios, ya que hay una insistencia continua y eficaz de cada acto que realice el recién nacido, hasta que logre alcanzar una automatización del estímulo específico, se relacionan gracias a la constitución de los movimientos espontáneos (reflejos) en los que participan diversas percepciones como: sensoriales, sensitivas y propioceptivas que se unen para dar como resultado de la exaltación neuronal que, al grado de la médula espinal o central, puede producir la motricidad adecuada, como reacción al estímulo percibido o a un deseo originado conscientemente. Cualquier daño en esta

musculatura o en los huesos en que se introducen, va a ocasionar cambios en el estado de la cabeza sobre la base axial vertebral y, en consecuencia, cambios en el SE, en dirección del equilibrio y de la orientación. Dependiendo de la seriedad de estos cambios musculares y su ubicación, los cambios del SE, postura, dirección del equilibrio y de la orientación pueden pasar desprevenidas, ante todo porque el personal idóneo encargado de la salud oral no está habituados a indagar y asociar estos descubrimientos (Barreto, 1999).

2.1.11. Efecto de la postura sobre el sistema estomatognático

Los cambios posturales pueden alterar la posición mandibular, la oclusión, el elemento muscular y la ATM, provocando traslados biomecánicos. Cuando la cabeza toma una posición de giro posterior con ante proyección, la mandíbula se traslada a la parte posterior de su postura normal. Cuando la cabeza toma una postura de rotación anterior, la mandíbula realiza un cambio anteriormente. En ambas posiciones, las uniones dentarias entre maxilar y mandíbula se ven forzadas seriamente (desequilibrio oclusal, bruxismo) originando grandes cambios en el tipo muscular y en la condición de la ATM.

La postura de la cabeza se verá perjudicada por las conexiones esqueléticas y oclusales individuales. Los grados de ansiedad se han relacionado con posturas anteriores de la cabeza y con peculiaridad de personalidades retraídas, tímidas y preocupadas. Estas cualidades son señales y/o signos de parafunciones orales que se desenvuelven en la infancia, así como: el bruxismo o los hábitos de succión mantenidos después de los dos años. Cabe destacar que las investigaciones aún no han dispuesto una interrelación de causa - efecto. Al originarse asimetrías en rigidez muscular del cuello y de los hombros, se desequilibra el sistema postural generando una respuesta escalable que puede encaminar a un acomodamiento postural patológico en el sistema masticatorio. Esto permite el aumento de hábitos

parafuncionales como el bruxismo o la respiración bucal. En usuarios con labio y paladar hendido que muestran fístulas oronasales, se ha examinado también cambios en la postura por el desequilibrio muscular actual (Restrepo et al., 2008).

Cuadro N° 5 Estructuras y funciones del Sistema Estomatognático

Estructuras óseas y sus funciones	Estructuras musculares y sus funciones
<p>Cráneo: es la unidad de la cabeza que se usa para proteger el SNC, este mismo proporciona protección a los órganos de los sentidos. Su objetivo principal es cuidar la primera parte del tubo digestivo y los aparatos respiratorio y masticatorio.</p>	<p>Músculos masticatorios: estos simbolizan una porción importante de SE. En este grupo de músculos se encuentran: los maseteros (elevan mandíbula), temporales (siendo los más grandes de este grupo), los pterigoideos laterales o externos (sus funciones van a depender de sus contracciones), pterigoideos mediales o internos (dan soporte a la mandíbula), suprahioides (desciende la mandíbula). Para que se logre un correcto descenso de la laringe y del hueso hioides al momento de deglutir o hablar se deben incluir estos músculos: digástricos, los estilohioides, los milohioides y genihioides, los infrahioides (esternotiroideo, omohiideo, esternohiideo y tirohiideo).</p>
<p>Huesos de la cara: es una unidad compleja, donde se relacionan estructuras que dan la formación del macizo fronto-facial. A pesar de que todos estos huesos se encuentran relacionados entre sí sin importar su tamaño,</p>	<p>Músculos del velo del paladar: estos músculos cumplen con funciones importantes al momento de fonar, deglutir y respirar. Lo conforman cinco músculos en cada uno de sus lados, incluidos en el velo, siendo formados de adelante hacia atrás: Palatogloso,</p>

<p>cada uno mantiene características que los diferencian de los otros, estas mismas características son las que nos permiten realizar funciones específicas. La cara está conformada por 6 huesos pares y 2 impares.</p>	<p>elevador del velo del paladar, tensor del velo del paladar, úvula y el Palatofaríngeo.</p>
<p>Maxilar superior: se habla del hueso más complicado de la cara por su forma y la gran relación que mantiene con el resto de los huesos de la cara, por esta razón le permite realizar funciones estructurales y otras funciones importantes. En este mismo, se encuentran los dientes de arriba y su propulsión de los lados y arriba permite que sea parte de la formación de la fosa nasal y el paladar.</p>	<p>Músculos de la expresión facial: estos son originados de forma embriológica en el segundo arco faríngeo y se encuentran inervados por el nervio facial (NC VII). Entre los músculos más importantes se encuentran: frontal, orbicular del ojo, nasal, orbicular de la boca, elevador del labio superior, mentoniano y el buccinador.</p>
<p>Mandíbula: es el más grande y que proporciona mayor fuerza en la cara y más fuerte de la cara, siendo el único hueso que se logra articular con los huesos temporales, el cual es el que proporciona movimientos extensos.</p>	<p>Músculos de la lengua: se encuentran clasificados en dos grupos: la musculatura intrínseca (los músculos transverso lingual, vertical de la lengua, longitudinal superior y longitudinal inferior, que establece el cuerpo de la lengua) y la musculatura extrínseca (los músculos Palatogloso, Geniogloso, hiogloso, Genihioideo, hiogloso y estilogloso).</p>
<p>Laringe: forma parte de la estructura respiratoria, lo que le proporciona una ubicación que se extiende desde la laringofaringe hasta la tráquea, esta misma va a hacer diferente de acuerdo con la edad del individuo, ya que, en los adultos mantiene de 5 a 7 cm de longitud, mientras que en los infantes se posiciona en la parte de arriba del cuello.</p>	<p>Músculos de la faringe: la faringe se encuentra relacionada con el sistema digestivo y respiratorio. Es un conducto vertical que se extiende desde la base del cráneo y las coanas hasta el músculo cricofaríngeo (inferior), continuando con el esófago. Esta misma está dividida en 3 partes: rinofaringe (su función es la respiratoria), orofaringe (su función es la digestiva y la respiratoria) y laringofaringe (su función es la digestiva). También comparte estructuras con la cara y el cuello</p>

	<p>(las coanas, paladar blando, úvula, amígdala lingual, tapa epiglótica y la laringe). Existen dos grupos musculares de la faringe, los constrictores (superior, medio e inferior) y los elevadores (el salpingofaríngeo, estilofaríngeo y Palatofaríngeo).</p>
<p>Hioides: este mismo tiene un aspecto en forma de U que sujeta la laringe. Se posiciona en la C3 y descansa de manera libre en el borde de la parte de arriba de la epiglotis.</p>	<p>Músculos del cuello: son los responsables de que exista la conexión de la cabeza con lo que resta del cuerpo, al mismo tiempo proporciona un rango grande de movimiento, sin que se lastimen las estructuras que conforman el cuello. Se dividen en dos grupos: los de la región anterior y de la región posterior. Los infrahioideos se posicionan en la línea media de la cara anterior del cuello y se extienden del hueso hioides hasta el esternón. Trabajan de manera muy activa para derribar y descender el hueso hioides, de esta misma forma se convierte en un soporte para los supra hioideos, (Esternotiroideo, Tirohioideo, esternocleidohioideo y Omohioideo), ya que estos ejercen la función de abrir la boca y deglutir, este grupo se clasifica en: plano profundo (Genihioideo), medio (Milohioideo) y el superficial (Digástrico y estilohioideo).</p>

Fuente: información obtenida de (Velayos, s.f), (Sosa, s.f), (Sologuren, 2009), (Caffo, 2017), (Olaechea Ramos et al., 2018), (Miranda, 2019), (F. Martínez, 2016), (Velán & Boccio, 2014) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

Cuadro N°6 Funciones y Alteraciones del Sistema Estomatognático

Áreas		Características	
Funciones	Respiración	<p>La respiración adecuada para realizar las labores diarias y para el descanso es la respiración nasal, mientras que el tipo respiratorio que se considera perfecto para todos los individuos es el diafragmático o abdominal. Ya que es el principal músculo que se utiliza para la inspiración, mientras que en la espiración no es de gran utilidad.</p>	<p>Esta se da por medio de la boca, en vez de la nariz. Generalmente, la boca ligeramente abierta va acompañada a un modelo de respiración oral total o incompleto.</p> <p>Cuando hay alguna obstrucción en las fosas nasales, el sujeto va a tender a respirar con la boca abierta, de no haber alguna obstrucción se hablaría de un mal hábito.</p> <p>Entre las causas de una respiración oral se encuentran las orgánicas y funcionales. Las orgánicas son: desvío de la pared nasal, adenoides y malformaciones en el desarrollo óseo, mientras que las funcionales son: rinitis, sinusitis y resfriados comunes.</p> <p>Entre las facies adenoideas que presenta un respirador bucal se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altura facial aumentada en la parte inferior de la cara. • Fosas de la nariz flácidas y asimétricas. • Labios y encías secas. • Ojeras y mirada pérdida. • El labio de arriba, poca tonicidad y delgado. • El labio de abajo, alta tonicidad y grueso. • Paladar alto o profundo. • Mala posición de la dentadura. • Borla del mentón con alta tonicidad. <p>Áreas que se pueden ver afectadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la voz. • Mucosa laríngea reseca e indefensa. • Disminución auditiva
			Alteraciones

Masticación

Es el primer paso para que se dé el despliegue de los alimentos, dando como resultado una "digestión perfecta. En la actividad de la masticación se relacionan diferentes músculos de manera coordinada lo que ayuda a la formación, creación y trituración del bolo alimenticio.

Deglución

Es la ejecución que realizan los distintos músculos para tragar, ya sea líquidos o sólidos.

Al presentarse una masticación unilateral y/o anterior se van a dar alteraciones musculares en las articulaciones y en la oclusión. Es habitual que se presenten mordidas cruzadas, dolores en la ATM y chasquidos en una masticación unilateral que pueden ser relacionadas al desequilibrio.

Entre las causas de este tipo de masticación defectuosa se encuentran:

- Ausencia de piezas dentarias.
- Desequilibrios en la oclusión.
- Respiración oral con interposición lingual, afectando así la pulverización de los alimentos.

Factores psicológico-conductuales relacionados con malos hábitos.

En el momento en el que la deglución no mantiene los modelos adecuados se convierte en una deglución atípica, esta se da cuando la musculatura de la boca interrumpe, forzando los dientes en una u otra dirección.

Entre las diferentes formas en que se puede dar esta deglución se encuentran:

- Colocación de la lengua en medio de los dientes.
- Ejercer fuerza con la lengua encima de los incisivos de arriba o abajo.
- Con injerencia del labio inferior.
- Con succión labial.

Los factores asociados pueden ser de hereditario, malnutrición, persistencia de parafunciones, la respiración vía oral, frenillos linguales y/o labiales cortos y amígdalas alteradas (hipertróficas).

Succión	<p>A partir del 5° mes de vida, durante el embarazo inicia este reflejo y su desarrollo culmina en la 32° semana. El objetivo de esta función es poder obtener un buen traspaso de leche materna al bebé, este mismo también ayuda a la evolución de distintos músculos (masticatorios), proporcionando estabilidad en los músculos que conforman es tasestructuras.</p>	<p>La succión juega un papel importante en el proceso de amamantamiento, aquellos niños a los que le dan leche en mamadera su forma de alimentarse es diferente, por el hecho de que no sienten la necesidad de sellar sus labios a la mamadera para sacar la leche. Este mismo solo debe apretar el chupete y succionar la leche. Estos mismos infantes cuando los colocan en el pecho de su madre harán el mismo procedimiento de la misma manera que lo hicieron con la mamadera, pero en este caso provocaran dolor a su madre y no logran extraer la leche. Para que el bebé pueda volver a acoplarse al pecho se necesita hacer masajes en la boca.</p>
Fonoarticulación	<p>Es una acción por el que se llegan a producir fonemas particulares, para que esta acción se realice, necesita de la participación del aparato digestivo y respiratorio.</p>	<p>Son mecanismos fisiológicos y peculiaridades morfológicas en las cuales se da la producción sonora del habla, este mismo se encuentra controlado y regulado por el SNC.</p>

Fuente: información obtenida de (Borrás et al., 2005),(Vilches, 2016), (Contreras, 2011), (Amurakami, 2005) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

El objetivo de la musculatura de labios, mejillas y lengua es desplegar el alimento entre la hilera de la dentadura y mantenerlo allí, con mucha fuerza para que se dé la masticación y la trituración de los alimentos de manera efectiva. Los músculos que intervienen en la masticación son cuatro. Se conoce como músculo temporal aquel que es más potente a la hora de realizar la acción del cierre maxilar. Para tener una correcta masticación, esta se debe realizar de manera bilateral y contar con un selle labial correcto, estable con las demás presiones musculares (Borrás et al., 2005)

2.1.12. Concepto de alteraciones del sistema estomatognático

Villanueva et al. (2009), citado por Fuenzalida Cabezas et al. (2017) las alteraciones en el sistema estomatognático se producen por biotipos esqueléticos craneofaciales, presentando cualidades estructurales que son la consecuencia de la genética que se va dando en el crecimiento y evolución de cada individuo. Las cualidades de cada tipo esquelético esclarecen los cambios funcionales correlacionados con la bioestructura, como las asociadas con la deglución, masticación, respiración y habla. En conclusión, se confirma que una maloclusión da como resultado una alteración negativa en lo que es la calidad de vida de cada individuo.

2.1.13. Patologías del Sistema Estomatognático

Entre las patologías podemos encontrar:

2.1.13.1 Labio y paladar hendido

Sapp (s.f.) citado por Serrano P. et al. (2009) Indica que, el labio fisurado se define “como un trastorno del desarrollo, caracterizado por un defecto en forma de cuña, que es consecuencia de una ausencia de fusión de las dos partes del labio en una

sola estructura “y el paladar fisurado “como un defecto del desarrollo del paladar, caracterizado por la ausencia de fusión completa de las dos crestas palatinas, produciéndose una comunicación con la cavidad nasal”.

Según la CIE-10 el labio y el paladar hendido se clasifican en: Fisura de paladar duro con fisura unilateral o bilateral del labio, fisura del paladar blando con fisura bilateral o unilateral del labio, fisura del paladar duro y blando con fisura bilateral o unilateral del labio, fisura del paladar, sin especificar con fisura del labio bilateral o unilateral. Este tipo de alteraciones suelen ser de índole multifactorial, gran parte de estas son producidas por una agrupación de agentes genéticos y medioambientales. Entre otras de las causas se encuentra el uso de medicamentos teratogénicos en el momento del embarazo (fenitoina, carbamacepina, valproato de sodio, etc.). Enfermedades como la influenza, diabetes y rubiola durante el embarazo, incrementan el índice de presentar estas alteraciones (Serrano P. et al., 2009).

Gómez & Lara (2008) señalan que, las características varían dependiendo del tipo y la dimensión de la afectación, entre estas se encuentran: complicación en el proceso de lactancia, voz nasal por la estructura alterada del paladar, concurrencias de infecciones por una incorrecta formación del paladar y de sus músculos.

Entre los resultados que obtenemos estas hendiduras están: afectaciones en el crecimiento en los primeros meses provocado por una inadecuada alimentación, alteraciones en la deglución y la succión, maloclusión, dificultades en la fonación, respiración bucal, falta de uno o más dientes correlacionados con la hendidura, anquiloglosia y úvula bífida. Su tratamiento engloba diferentes intervenciones quirúrgicas, terapia del lenguaje y procesos de ortodoncia. El equipo multidisciplinario debe estar conformado por el cirujano maxilofacial y plástico, fonoaudiólogo, otorrinolaringólogo, ortodoncista y Odontopediatría (Serrano P. et al., 2009).

2.1.13.2 Fisura labio palatina

“Se definen como malformaciones congénitas que se caracterizan por una deficiencia estructural congénita debido a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación que darán origen al labio superior y al paladar durante el desarrollo embrionario” (Salas et al., 2015, p.5).

Según la clasificación dada por Davis y Ritchie, estas alteraciones se agrupan en 3 partes: I fisura de labio, II fisura de paladar y III fisura de labio y paladar; Sin embargo, la clasificación dada por Kernahan y Stark las agrupan en 2 partes: fisura del paladar primario y fisura del paladar secundario. Por otra parte, según su embriología se dividen en: pre palatinas, palatinas, mixta y raras (GONZALEZ ULLOA, 1949).

Monasterio A. et al. (2016) hacen referencia, a que el origen de estas anomalías está relacionado con la genética y por la presencia de un hecho apartado multifactorial. Entre las causas ambientales que provocan una alteración en el crecimiento normal del labio y el paladar se encuentran algunos medicamentos como antiinflamatorios, corticoides y relajantes musculares, añadiendo también el tabaco y el alcohol. Estas anomalías no tan solo provocan alteraciones en la estética, sino que también provoca daño en determinadas funciones, pero esto dependerá si es una fisura de labio o paladar. En aquellas fisuras enteras de labio y paladar se verán alterados la audición, alimentación, fonación y la respiración nasal.

Esta alteración de fisura provoca en los usuarios alteraciones, funciones morfológicas y emocionales, lo que hace que sea difícil su participación con su entorno. Entre su círculo familiar, específicamente, la madre se ve afectada de manera emocional, esto inicia al momento del nacimiento de su hijo, situación

que provoca un duelo que llega a afectar su lazo maternal (Sepúlveda et al., 2008).

Los usuarios en el primer mes deben ser tratados por un equipo multidisciplinario, lo que va a permitir darle de manera temprana a los padres la información y la orientación adecuada. Dentro de sus primeras evaluaciones se debe precisar el diagnóstico y la presencia de algunas otras alteraciones.

El equipo debe abarcar las alteraciones de manera inmediata, siguiendo las reglas de un protocolo y definir el cronograma de tratamiento, al mismo tiempo evaluar qué tipo de fisura se presenta y así poder abordar de manera precoz. Todo aquel que presente estas fisuras tendrá que ser evaluado por un fonoaudiólogo, que debe informar a los padres de familia las diferentes técnicas de estimulación pre lingüística (Monasterio A. et al., 2016)

2.1.13.3 Prognatismo

Bratos (2019) indica que, se conoce como clase III esquelética y se habla de una anomalía en el crecimiento de los huesos faciales, que supone un desarrollo prominente de la mandíbula relacionada al maxilar superior, lo que produce una mandíbula adelantada, provocando una dificultad de oclusión y afectando la estructura facial.

Se puede mencionar cuatro factores que se relacionan con el prognatismo: el primero es el genético (antecedentes familiares), el segundo es caída precoz de los molares temporales, el tercero son síndromes ligados a una deformidad en la hipófisis y el cuarto es la respiración oral o las posiciones inadecuadas de la lengua en el interior de la boca. Entre la sintomatología se encuentra: cefalea, dificultad en la masticación, saturación en la ATM y molestias en la mandíbula, dificultades en la pronunciación (ceceo) y choques no deseados entre los dientes, esta misma puede provocar desgaste y caries dentales. Entre los resultados más

notables de la clase III esquelética es su impacto en la estética personal. Esto puede afectar directamente su autoestima, específicamente, los usuarios que se están en la etapa adolescente, sin embargo, las alteraciones en la oclusión mantienen múltiples consecuencias en la dentición, encías y en la salud en general.

La técnica para tratar esta alteración va a depender de la edad del paciente, entre más precoz se proporcione el tratamiento, este será menos invasivo. Por esto, es importante que el infante asista a una cita con el odontopediatra en los primeros 6 años de vida. Entre la aparatología que se usa para tratar estas alteraciones se pueden mencionar: la mentonera (detener el crecimiento excesivo de la mandíbula) y la máscara facial (estimular el crecimiento del hueso maxilar, acompañado del disyuntor del maxilar que consigue la corrección de la mordida cruzada). En el caso de ser diagnosticado en la edad adulta las técnicas que se utilizan son la ortodoncia y la cirugía ortognática (Bratos, 2019).

2.1.13.4 Retrognatismo

Hablamos de esta alteración cuando el usuario al presentarse en consulta presenta una mandíbula muy pequeña o hacia atrás en relación al maxilar superior, provocando que exista un desajuste entre los incisivos superiores e inferiores (Nieto, s.f).

Bratos (2019) El Retrognatismo clase II se divide en: división I (los dientes de arriba se encuentran muy desnivelados en relación con la zona vestibular externa de la estructura oral, presentando en algunas ocasiones sobremordida o mordida abierta) y la división II (los dientes centrales y laterales de la arcada de arriba suelen desnivelarse hacia adelante) (p.1).

Entre las primordiales causas se encuentra la genética, malos hábitos orales (succión digital y uso de chupete), esto provoca que el crecimiento de la mandíbula se detenga y comience a estimular el crecimiento del maxilar superior, de igual forma suele estar presente en usuarios con respiración bucal. Entre la particularidad de esta alteración se pueden mencionar: falla en el crecimiento de la mandíbula (se encuentra posicionada posteriormente), maxilar superior sobre pronunciado (demasiado adelante), alteración en el posicionamiento de la dentición anteriores/superiores/inferiores (en algunas circunstancias los dientes de arriba se pueden mostrar sobre pronunciados), complicación para que se dé el selle normal de los labios (el usuario hace esfuerzo la realizar el cierre de la boca) y el mentón se va a notar contraído (se da como resultado de que el usuario se esfuerce al momento de cerrar los labios) (Nieto, s.f).

El retrognatismo causa dificultades desde el momento del nacimiento, ya que ciertos bebés muestran incapacidad de deglutir o succionar adecuadamente al momento de la lactancia. Al momento que comenzamos a envejecer los dientes pasan por una desalineación que puede provocar una afectación en la facultad de morder o triturar los alimentos. En el caso que la mandíbula inferior es más pequeña la dentición puede crecer de forma irregular o torcida. De igual forma se puede presentar una alteración en la ATM, esta es una alteración que, generalmente, es dolorosa y presenta espasmos musculares y tensiones en la mandíbula.

2.1.13.5 Micrognatia

Es la afectación, donde la mandíbula es mucho más pequeña de lo usual. Se mantiene con frecuencia en bebés y en muchos casos se modifica ella misma.

Es importante comprender la etiología de la micrognatia y que dificultades le puede proporcionar a una persona, porque esto puede complacer en las necesidades de las personas y las diferentes atenciones que les pueden llegar a

hacer falta (Desconocido, s.f). Giugliano & Gantz (2016) señala que, esta afectación se puede manifestar de manera aislada/idiopática o relacionada a diversos síndromes congénitos. Esta micrognatia puede ocasionar alteraciones respiratorias a causa del desplazamiento hacia atrás de la lengua (p.1).

Muchos infantes con esta afectación mantienen una corriente baja de oxígeno, pero esto no imposibilita que mantengan una vida “normal”. Pero, en el momento en el que el usuario presente problemas, por ejemplo, reiteradas infecciones en vías respiratorias superiores pueden causar obturación respiratoria y necesitar intubación. Estos usuarios presentan en algunas ocasiones dificultad en la alimentación, bajo peso, relacionado con mala nutrición y afectaciones a nivel social y familiar (A. Martínez et al., 2011).

2.1.13.6 Anquiloglosia

Pérez & López (2002) definieron que “la anquiloglosia se define como un frenillo corto que restringe los movimientos de la lengua, o también como la presencia de un frenillo lingual corto que se extiende desde la punta de la lengua hacia el suelo de la boca y el interior del tejido gingival de la lengua, limita los movimientos de esta y produce trastornos del lenguaje. Puede ser causado por un frenillo lingual corto, por la inserción lingual del músculo geniogloso excesivamente espeso, o por la asociación de ambos” (p.1).

Padró (s.f) señala que, entre su clasificación está: tipo I anterior (se da en el ápice de la lengua, produciendo forma de corazón al momento de que el infante llora), tipo II anterior (se da un poco más atrás que el tipo I y la lengua no se nota bífida), tipo III posterior (es una mezcla del tipo II y III, siendo difícil de observar a simple vista, la lengua mantiene un aspecto normal y puede llevar a cabo una movilidad relativamente fácil, sin embargo, se va a dirigir a la periferia y se bajará en el centro, de igual forma no va a poder subir la lengua para tocar el paladar con la boca abierta) y el tipo III posterior (el frenillo no se nota con facilidad, ya que se encuentra tapado por un tejido, ya que este disminuye casi todo el movimiento de la lengua, lo que hace que se encuentre sujetado a la base de la boca presentando una apariencia apretada. Por lo general, se presenta un paladar estrecho ocasionado por poco movimiento lingual) (p.1).

2.1.13.7 Trastornos la masticación

Lescas et al. (2012) señala que, comprenden una serie de alteraciones intraarticulares, periarticulares, sistémicas, aunque se puede manifestar como combinaciones entre ellas. Los signos y síntomas que se presentan son numerosos, dolor de los músculos masticadores y suprahioides a la palpación o durante la masticación, limitación de los movimientos mandibulares y contracción involuntaria de los músculos masticadores. La etiología es aún desconocida.

“Parte fundamental para llegar al diagnóstico es sin lugar a duda el interrogatorio dirigido o anamnesis y la exploración física. La exploración física incluye también, como mencionamos anteriormente, la musculatura masticatoria y cervical” (Lescas et al., 2012,p.7).

2.1.13.8 Disfunciones en la ATM

“Las enfermedades de la articulación temporomandibular están provocadas por una alteración de los elementos: dientes, encías, mandíbula, maxilar, articulación

temporomandibular; músculos que componen el sistema masticatorio, que rompe el equilibrio y obliga a los otros a adaptarse al cambio” (Alcalde, s.f,p.1).

Cuando se altera el sistema, se pueden manifestar síntomas como: chirridos u otros ruidos (cuando abrimos o cerramos la boca), restricción de la apertura de la boca (esto se basa al momento de realizar el esfuerzo para abrir la boca ya que la ATM esta rígida) y dolor orofacial (Alcalde, s.f).

Alcalde (s.f) señala que, “para concretar el diagnóstico, se utilizan el escáner de haz cónico, la resonancia magnética, la artroscopia diagnóstica y los estudios con PET. Según el diagnóstico y la severidad del problema, el tratamiento será distinto” (p.1)

Dependiendo de los casos se puede solucionar de distintas maneras: medidas higiénico-dietéticas, férulas oclusales y procedimientos quirúrgicos (Alcalde, s.f).

2.1.13.9 Disturbios en la deglución:

- Con interposición lingual: Marchesan (s.f) en relación con la gran parte de los autores piensa que la lengua inicia a interponerse luego de que la mordida es abierta. La lengua no es considerada como una causa de la mordida abierta, pero tan solo con el hecho de su posición en ese espacio, ocasiona una mordida mucho más abierta o que prevalezca en apertura por la postura lingual en esa área. La función deglutoria por sí misma, sin necesidad de presentar interposición lingual u otras alteraciones, no se considera causante de una maloclusión. A parte de la interposición lingual, existe la anteriorización lingual en situaciones de hipotonía o de un tamaño excesivo de la lengua, y esto no quiere decir que la lengua sea macrológica. Se observa, que los infantes que mantienen el mal hábito de succionar por un largo tiempo ponen la lengua en una postura baja, posibilitando una proyección en el acto deglutorio (p.3).

- Con contracción de la musculatura peri orbicular: sucede, cuando está o había, presencia de la proyección anterior lingual. Esto es un reflejo normal que previene que la lengua tenga una proyección hacia afuera, que permita que el alimento se degluta. Puede presentarse en usuarios con hipotonía (Marchesan, s.f).

- Sin contracción del masetero: Marchesan (s.f) indica que, si se observa con detalle lo que pase durante el proceso deglutorio, notaremos que, luego de la formación del bolo, la lengua lo recoge y lo levanta, es ahí donde la mandíbula se eleva con la contracción de los músculos elevadores (temporal, masetero, pterigoideo lateral). Es importante destacar que en el proceso deglutorio de distintos alimentos va a decidir una contracción mayor o menor de los músculos elevadores, en el momento que se degluten los líquidos generalmente no hay presencia de contracción de los músculos elevadores.

- Con Contracción del mentón e interposición del labio inferior: Marchesan (s.f) estas están presente durante el proceso deglutorio, mayormente en usuarios con clase II de Angle con overjet. En algunas ocasiones, cuando el labio de arriba se encuentra en reposo sobre el tercio inferior del incisivo de arriba, forzosamente el labio de abajo al momento de la deglución va a subir demasiado para llegar al labio de arriba, provocando una contracción excesiva del mentón. Siempre que este la contracción del mentón va a existir una relación con la interposición, contracción o elevación excesiva del labio de abajo (p.5).

- Con movimiento de cabeza: estos movimientos junto con estiramientos de los músculos anteriores del cuello, está relacionado con la mala oclusión. Cuando el proceso masticatorio no se da de manera correcta, por ejemplo,

que el bolo no sea homogéneo, se dificulta el paso de este mismo hacia la orofaringe. El usuario, no consciente, lleva la cabeza hacia atrás, para enderezar el tubo donde pasará el alimento, para que el paso se haga posible. Los movimientos de cabeza se dan como consecuencia en una dificultad que ocurre en el proceso masticatorio y no como una dificultad específica en el proceso deglutorio (Marchesan, s.f).

- Con ruidos: dichos ruidos se presentan por exageración de fuerza del dorso lingual, y deben distinguirse los provocados en la deglución de los de la masticación. Si la lengua realiza un exceso de fuerza provocada por la presión excesiva del dorso hacia el paladar duro, al momento del paso del bolo de la cavidad oral hacia la orofaringe, provocando una fuerza adicional, lo que lleva a que se presente el ruido (Marchesan, s.f).
-
- Con residuos de alimentos después de deglutir: hay diferentes razones por la cual quedan residuos de alimentos después del proceso masticatorio, una de ellas es cuando el músculo buccinador se presenta con hipotonía, lo que permite que el alimento se mantenga en el vestíbulo a la hora de que se cae. Otra razón es la reducción de saliva en la boca, lo que dificulta que el bolo se forme. Al momento de evaluar, se debe examinar la fuerza, el movimiento y la propiocepción del buccinador y del órgano de la lengua, cantidad salival, tipo de alimentos (Marchesan, s.f).

Alarcón (2013) hace referencia a que, entre las características en la deglución atípica se pueden destacar: aprisionamiento atípico de la lengua por interposición lingual, contracción de los músculos peri bucales, aprisionamiento labial con interposición del labio de abajo (hipotónico, dando como resultado mala oclusión tipo II), masetero y temporal contraídos (labio de arriba hipotónico e hipertonia del mentón), movimientos inadecuados de la cabeza en el proceso deglutorio

(compensatorios), alteración de fonemas (/l/,/n/, /t/, /d/, /s/, /z/), crecimiento lingual (puede haber presencia de macroglosia y mordida abierta), presencia excesiva de saliva en las comisuras de la boca, problemas para la deglución por separación de labios. A parte de la intervención del odontólogo a causa de las malas oclusiones, es necesaria aplicar la terapia miofuncionales. A través de estas se espera eliminar los esquemas neuromusculares de los malos hábitos orales, mejorar el patrón deglutorio y las funciones que realizan los músculos de la lengua (labios, mejillas y úvula). Como primer paso, se debe explicar en qué consiste el tratamiento, luego explicar los ejercicios que se ejecutarán, demostración de la forma adecuada de realizar los ejercicios y motivación a los pacientes. Es necesario el diagnóstico del odontólogo y el médico foniatra.

2.1.13.10 Malas oclusiones

Se entiende por mal oclusión en el momento que los incisivos superiores e inferiores no se alinean de manera correcta. Esto se refiere a la postura que las estructuras dentofaciales obtienen en sus fases funcionales, estéticas y morfológicas. Esto no solo hace referencia a la estética, sino que también afecta la dentición, masticación y fonación. Entre los factores etiológicos se encuentran: factores genéticos, malos hábitos orales (succión oral, uso de chupete y biberón). Realizar una detección temprana disminuirá la afectación, por eso es necesario que se realice la visita temprana a los especialistas adecuados.

Estas maloclusiones se clasifican en: maloclusiones verticales (se presenta por falta de relación entre los incisivos de arriba y abajo) y se subdividen en: mordida abierta, sobremordida mordida borde a borde, las maloclusiones transversales (son originadas por ensanchamiento de maxilares y alteraciones en la inclinación de los dientes) y se subdividen en: mordida cruzada y de tijera, por último están las maloclusiones sagitales (se clasifican de acuerdo a la postura de los molares) y se subdividen en: clase I (mordida correcta y normal), clase II (la arcada de los

dientes de arriba se encuentra más adelante que la arcada de los dientes de abajo y se subdivide en división I y II) y la clase III (la arcada de los dientes de abajo se posiciona de manera adelantada en relación a la arcada de arriba).

Se obtendrá mejores resultados si las maloclusiones son tratadas de manera precoz. Presentará un impacto en las estructuras, ya que a temprana edad se da la evolución de los maxilares, y se intervendrá para dirigir su crecimiento. Si estas son detectadas de manera precoz se necesitará de ortodoncia interceptiva, pero si se da en la edad adulta la intervención será una ortodoncia correctiva, y si se da de forma esquelética se necesitará una cirugía ortognática (Vieira, s.f).

2.1.13.11 Parálisis facial

Hontanilla (s.f) informa que

La parálisis facial consiste en la pérdida total o parcial de movimiento muscular voluntario en un lado de la cara. Se produce por un fallo en el nervio facial, que no lleva las órdenes nerviosas a los principales músculos de la cara. Se manifiesta clínicamente por la imposibilidad para levantar la ceja, cerrar el ojo, incapacidad para sonreír, alteraciones en el habla, etc.

Su etiología suele ser diversa, entre ellas se encuentran: parálisis de Bell (se conoce como la causa común y no se conoce su origen, puede presentarse en diferentes edades y es una parálisis temporal), Herpes zóster ótico (esta infección afecta los ganglios nerviosos que se encarga de manejar los nervios de la audición y el equilibrio), otitis, traumatismos craneales, ACV, tumores cerebrales y las enfermedades de Lyme o sarcoidosis (enfermedades secundarias) (Hontanilla, s.f).

Los tipos de parálisis se dividen en dos: la periférica, donde se afecta de manera directa el nervio facial, manifestándose alrededor de todos los músculos de la cara donde se presenta la lesión, la más común es la parálisis periférica idiopática,

primaria o de Bell, y por otro lado se encuentra la parálisis facial central, esta causa afectación en las fibras que conectan la corteza cerebral con el nervio facial, presenta síntomas que causan afectación en los músculos de debajo de la cara (boca, mejilla), esta se manifiesta en el lado contrario de la lesión, y no presenta problemas en el sistema visual. Su sintomatología varía dependiendo de las cualidades del individuo y de la magnitud de la lesión (Hontanilla, s.f).

2.1.13.12 Alteraciones del habla de origen fonético fonológico

Huanca (2017) señala que en el trastorno fonológico la complicación se presenta al producir inapropiadamente los sonidos en común, que se nota en el léxico y gramática normal. Esta alteración se refiere a la complicación del habla en los infantes que no presentan dificultades en otras habilidades lingüísticas, esta misma se da a nivel perceptivo y organizativo, esto quiere decir, que se afectan los procesos de discriminación auditiva, dando como resultado una dificultad en los procesos de conceptualización de sonidos y a la unión de significante y significado.

Entre sus características se encuentran: dificultades del procesamiento auditivo, alteración en la representación léxica, alteración en la fonología, proceso de simplificación fonológica que afecta la inteligibilidad, fijación del proceso de simplificación fonológica después de la edad “normal”, disconformidad en el proceso de simplificación fonológica, presencia de alteraciones sintácticas y léxicas (Silva, 2011).

En la terapéutica se puede trabajar y definir como objetivo una reorganización cognitiva. Entre las distintas actividades están: erradicar patrones incorrectos, expandir y ampliar la producción y el léxico, instaurar las características del sonido y aumentar la inteligibilidad (Miralles & Carrera, s.f).

Huanca (2017), indica que en el trastorno fonético la complicación se produce a nivel articulatorio del fonema apartado. Se origina por una alteración orgánica y funcional de los órganos que participan a la hora de producir el habla, este se puede relacionar con un frenillo sublingual corto, mala postura y falta de movilidad de lengua y labio. Entre las diferentes características que se pueden presentar en la producción del sonido (omisiones ejemplo abanico por “nico” y sustituciones ejemplo perro por pedo).

El objetivo de la terapéutica es perfeccionar la producción de modelos articulatorios. Las diferentes actividades que se pueden desarrollar son: coordinar movimientos, combinar silabas y generalizar fonemas (Miralles & Carrera, s.f).

2.1.13.13 Síndrome del respirador bucal

Es el grupo sintomatológico procedente de la dificultad de la acción naso respiratoria. Esta dificultad es patológica y entre sus características se encuentran presentes: asimetrías orofaciales, incremento de alergias, asma, infección en las amígdalas, presencia de ojeras, deficiencia respiratoria, aumento en el cansancio, roncar, alteración en la postura (causan el ensanchamiento de las estructuras orales, paladar ojival, maloclusiones, baja función en los OFAS (falta de control de la úvula, interposición lingual), bajo tono en el orbicular de labios causando incorrecto selle de labios (Albert, 2017).

(Simoës, 2015) clasifica este síndrome de acuerdo con su etiología, en 3 grupos:

- Los respiradores bucales por obstrucción de las vías aéreas nasofaríngeas, los cuales presentan alteraciones a nivel de las narinas, desviaciones septales, masas intranasales, hipertrofia de cornetes, secreciones nasales abundantes, hipertrofia de adenoides, atresia o estenosis de coanas, hipertrofia severa de amígdalas, rinitis alérgica, procesos inflamatorios (infecciones), tumores, pólipos, entre otros.

- Se puede decir que, los respiradores bucales por mal hábito respiratorio, los cuales son pacientes que en algún momento tuvieron algún factor obstructivo presente, que condicionaron este tipo de respiración, y que el paciente la mantuvo a través del tiempo a pesar de haber desaparecido la causa obstructiva inicial.
- Respirador oral causado por malas posturas: son usuarios que se caracterizan por su habilidad para flexionar las articulaciones, pueden tener dificultades en la columna, rodillas y mandíbula. (p.1)

Esto es un trabajo en conjunto con el equipo multidisciplinario, ya que esta alteración se asocia con infecciones en la respiración, dificultades cardiopulmonares y dificultades en la postura (Podadera et al., 2013). La terapéutica se centra en investigar la etiología y remitir al especialista adecuado. El fonoaudiólogo es el especialista que se encarga de la evaluación, diagnóstico y rehabilitación implementando la terapia miofuncional, enfocado en resolver los problemas funcionales que presenta el usuario. El objetivo de esta terapia es ejecutar ejercicios que puedan aumentar la sensibilidad, tono y el movimiento de los músculos orofaciales, manteniendo con mayor importancia el selle labial, corregir la posición de la lengua y las dificultades en la articulación (Albert, 2017).

2.1.13.14 Envejecimiento del sistema estomatognático

San Martín et al. (2002) indicio que, ningún tejido oral y el SE no se salvan de la etapa del envejecimiento, se pueden notar los distintos cambios, el primario es el que se da en cada tejido y el secundario, el que ocasiona alteración sistémica en el SE y se presenta en los tejidos de dicho sistema.

La mucosa de la boca manifiesta diferentes cambios escalonados, definitivos y cumulativos, originando ser más vulnerable frente a factores traumáticos y de infección, esta misma se transforma en más fina, lisa y más hinchado, muestra falta de elasticidad, lo que ocasiona la presencia de lesión, esto es causado por la variación en el epitelio y el tejido conectivo. Los cambios que se notan en la

lengua, se encuentra una atrofia del epitelio superficial, con apariencia lisa, mostrando dificultades en el sentido del gusto (Cabo et al., 2016).

San Martín et al. (2002) señala que, las alteraciones provocan variaciones en la posición de los incisivos y la mandíbula, provocando dificultades miofuncionales prevalentes en el tono de la musculatura o su inflamación. Estos trastornos se ven impulsados por agentes emocionales, actuando como desencadenantes.

Los cambios en la ATM se vuelven más degenerativos a medida que pasan los años, entre ellos se pueden encontrar: alteraciones y erosiones articulares, minimización del cóndilo de la mandíbula, falta de tensión en la movilidad articular, osteoporosis, alteraciones en las áreas articulares y diferencias en el disco condilar. Se debe resaltar que los cambios radiográficos son resultado del envejecimiento, por consiguiente la terapéutica debe tener un objetivo diferente al de los usuarios más jóvenes (Cabo et al., 2016).

En la terapéutica, el especialista en odontología debe dar seguimiento a la evolución involucrada en el envejecimiento, a parte debe tener conocimientos de los procesos sistémicos. Las causas van a influir en el plan terapéutico del maxilofacial, del odontólogo y el usuario comprometido, se debe considerar antes de la terapéutica, los cambios provocados en los tejidos, los flujos de la saliva, de la dentición, articulatorios y funcionales. Por este motivo es importante una intervención de un equipo multidisciplinario (San Martín et al., 2002).

2.1.14. Padres de familia y los malos hábitos orales en sus hijos

Al inicio de la infancia se le dan recomendaciones a la madre, en relación con la alimentación y también para el debido control de los hábitos nocivos que pueden afectar la salud; se da inicio a una atención estomatológica en la segunda infancia, luego en la edad preescolar, escolar y por último en la adolescencia. De igual

manera, estas etapas manifiestan características propias que de ellas se requiere para que se lleve a cabo la debida realización de las acciones de salud bucal (G. Cisneros & Hernández, 2011).

Entre las recomendaciones que (G. Cisneros & Hernández, 2011) brinda a los padres se encuentran:

- Hay factores que deben ser considerados para que haya la adecuada prevención de los malos hábitos orales, como: utilizar el biberón donde esté presente agujeros pequeños y pueda llevar a cabo una ejercitación correcta de sus músculos al ejecutar la acción de succionar, provocando que sus maxilares se lleguen a desarrollar adecuadamente.
- La dieta del infante debe ser basada en alimentos con contextura dura, donde tengan la necesidad de llevar a cabo la masticación.
- La alimentación debe ser placentera para el niño, por lo que regañarlo u ofenderlo dificulta que se llegue a eliminar algún mal hábito presente.
- Se debe tener presente, que una conducta correcta de padres de familia y educadores a la hora de elaborar las actividades que entretengan a los niños puede ser de gran influencia para la prevención de los malos hábitos orales.

2.1.15. Hábitos orales nocivos

Es un hábito que inicia de manera consiente y luego se vuela inconsciente por una práctica que se realiza de manera repetitiva. Estos malos hábitos orales pueden afectar las funciones del SE de manera fisiológica y no fisiológica: masticación, respiración, fonoarticulación y deglución, succión (dedos, chupete, mamadera, labios, objetos), respiración bucal, interposición lingual. Los malos hábitos orales producen un desajuste entre la musculatura externa e interna, provocando un desarrollo inadecuado del sistema estomatognático. Todas las alteraciones provocadas por estos malos hábitos orales pueden ocasionar problemas emocionales y psicológicos que alteran a su vez otros sistemas del organismo. Para que se presente este mal hábito se requiere de tres factores: el año en el que se comienza, es decir, cuánto más temprano se inicia el mal hábito mayor será la consecuencia, tiempo en el que se prolonga el hábito y la regularidad con que se practique este mal hábito (Agurto V. et al., 1999).

Se presentan dos tipos de hábitos orales: los fisiológicos son los que vienen con el sujeto y le permite obtener un crecimiento normal del sistema esquelético, muscular y dental; de no presentarse alguna dificultad en estos sistemas, la oclusión será de manera equilibrada, logrando un óptimo manejo del SE. En estos hábitos que son de origen fisiológicos se destacan la respiración por la nariz, masticación y deglución (Díaz et al., 2016), mientras que los no fisiológicos son aquellos que causan maloclusiones o deformidades dentales, los cuales pueden presentar cambios en la evolución del SE y provocar un desajuste entre sus fuerzas musculares, lo que implica una deformación ósea, donde sus consecuencias van a depender de la edad en la que se comienza el hábito (Medina et al., 2010).

Los hábitos nocivos, generalmente, reaccionan en momentos donde se manifiesta frustración, estrés, aburrimiento o fatiga. De igual forma puede aparecer por la falta de atención de los padres al infante, presión por el contexto familiar o situaciones emocionales inmaduras (Medina et al., 2010).

2.1.15.1 Succión digital y chupete

La mayoría de los niños ejercen cierto modelo de succión no nutritiva, como mamar los dedos u objetos. Inclusive se ha podido notar que ciertos fetos se maman el dedo intrauterinamente, y los lactantes lo hacen desde que nacen hasta aproximadamente los 2 años. La deformidad maxilofacial que se despliega con la succión del dedo es mayormente relevante que la succión del chupete. El movimiento muscular para llevar a cabo la succión, se dispone de un obstáculo de los músculos orbiculares de los labios y de los buccinadores (Reni Muller & Piñeiro, 2014).

El uso de chupetes cumple con la necesidad de succión, formando parte de la actividad saludable para el crecimiento de la mandíbula y la cavidad oral en relación con la edad del niño. De esta manera, los chupetes son un soporte durante este intervalo del crecimiento. Se considera adecuado durante los primeros 6 meses del niño y luego de esa edad tiende a ser una costumbre que les ofrece seguridad. Se ha argumentado sobre el daño y las ganancias al utilizar el chupete, entre los daños se encuentran: mordida abierta, mordida cruzada posterior, profundidad del paladar, otitis media, problemas dentales, dificultades en la lactancia, riesgo de accidentes, y entre las ganancias se pueden observar: decrecimiento del riesgo de muerte súbita y estímulo de la succión no nutritiva en niños pre término y a término (Ocampo et al., 2014).

2.1.15.2 Interposición de labio inferior

Reni Muller & Piñeiro (2014) señalan que, esto ocurre cuando el niño tiende a apoyar el labio de abajo sobre los dientes de abajo, permitiendo una relación entre los dientes de arriba y los labios. Suele haber una hipotonía en el labio superior,

mientras que el labio inferior suele ser, permitiendo, una propulsión anterior de los dientes de arriba. Entre sus características más habituales se encuentran: cierre labial forzado, músculos orbiculares de los labios hipertróficos y un crecimiento mandibular horizontal.

2.1.15.3 Deglución infantil

Esta acción de tragar inicia aproximadamente al trimestre número dos y el chuparse el dedo puede presentarse en el feto, inclusive a los 5 meses intrauterinamente. En este acto, que se contempla al inicio de los años de vida del niño la lengua se sitúa entre los dientes de arriba y de abajo. La estabilidad de la deglución la ejecuta el VII par, en tanto, la movilidad mandibular es ejecutada por

los músculos masticadores. Luego de la salida de los primeros molares, aproximadamente a los dos años, comienza la acción masticatoria como el movimiento neuromuscular en el que participa el mecanismo estomatognático. Al finalizar este acto de succión, se da un cambio progresivo y automático en el modelo de deglución al modelo adulto. Este patrón de deglución se interpreta por el fin del movimiento labial (Reni Muller & Piñeiro, 2014).

La deglución es un acto neuromuscular complejo, que consta en determinados movimientos simultáneos de los músculos de boca, faringe y esófago. Por lo regular, la deglución adulta, da inicio en el segundo trimestre de los primeros años de vida del niño. La aparición de los dientes indica los desplazamientos más necesarios para que se dé la apertura y cierre de la mandíbula, fuerza a que la lengua tome una postura más reservada y de esta manera comienza la enseñanza de la masticación. La deglución infantil se vincula con la acción de chupar mientras que la adulta con la masticación. El cambio de la deglución infantil hacia la adulta inicia aproximadamente al año y medio de edad. Esta deglución adulta se representa debido a que los dientes se encuentran unidos, la mandíbula permanece equilibrada por sus músculos que la elevan, el ápice de la lengua se asienta contra el paladar, por arriba y detrás de los dientes, y asimismo son insignificantes las contracciones de los labios y músculos de la cara (Reni Muller & Piñeiro, 2014).

2.1.15.4 Interposición lingual

Ocampo et al.(2014) resalta que, es la protrusión de la lengua entre los incisivos en el momento de la deglución, puede ser capaz de clasificarse como sencillo o difícil, en el sencillo hay una contracción de los labios, músculos del mentón y los que elevan mandibulares, la dentición de atrás se encuentran en cierre y la lengua está en protrusión, mientras que en el empuje lingual difícil se produce un empuje lingual y deglución con dientes distantes, contracción en labios, músculos de la cara y del mentón, no hay contracción de los que elevan la mandíbula. Para

trabajar el empuje lingual es necesario cambiar las conductas funcionales de los tejidos orales con la ayuda de un fonoaudiólogo para un tratamiento funcional y en ocasiones ayuda del ortodontista o cirujano maxilar (p.88).

2.1.15.5 Respiración bucal

Los niños que presentan respiración bucal poseen 10 veces más la posibilidad de convertirse en una maloclusión en relación con aquellos que presenten una respiración normal, estos usuarios pueden exhibirse aperezados durante las mañanas y también un incompleto rendimiento escolar. Su causa suele deberse a múltiples factores, iniciando con una obstrucción anatómica, concluyendo con traumas en la nariz y rinitis alérgica. La etiología general, mayormente de la respiración bucal en los niños suele ser la obstrucción nasal, particularmente la hipertrofia adenoidea. En los niños este suceso suele ser de gran importancia, ya que puede provocar alteraciones en el crecimiento. La respiración bucal puede llevar a un cierre labial debilitada, debido a que los labios se encuentran separados y los músculos periorales no se ejercitan adecuadamente. Una obstrucción nasal crónica puede traer consigo una respiración oral, dando como resultado una mala posición de la lengua, mordida abierta anterior, labios entre abiertos; alteración en la posición de la mandíbula, elongación facial, hipotonía de la musculatura oral, discordancia en el desarrollo de las estructuras orales (Ocampo et al., 2014).

Su tratamiento va a depender de un equipo multidisciplinario, se puede solicitar una cirugía si se trata de una obturación nasal (amígdalas, adenoides, pólipos), consulta con el otorrinolaringólogo si son problemas relacionados con: asma, rinitis alérgica o bronquitis, consulta con el fonoaudiólogo para reeducar la respiración adecuadamente y llevar a cabo problemas relacionados con el habla, consulta con el ortodoncista en casos de requerir aparatología (Ocampo et al., 2014).

2.1.15.6 Bruxismo

Maglione (2008), citado por Cavero (2013), señala que esta opresión que consta en frotar y estrechar los dientes sobres sus adversarios sin necesidad de alimento por medio de contracciones isotónicas e isométricas de los músculos masticatorios en momentos donde se presente estrés de forma inconsciente por los sujetos. Razón por la que se hace complicado encontrar su regularidad en la población, la cual se encuentra entre el 5% al 96%. Al agregar el estrés a los episodios de bruxismo y opresión va en aumento, tanto en frecuencia como intensidad.

Al mismo tiempo, el bruxismo se puede presentar tanto nocturno como diurno, señalando sus diferencias en que:

El bruxismo nocturno se da de manera sincrónica y con sonidos, mientras que el diurno no presenta ninguna de estas conductas. Este mismo hábito se puede presentar de igual forma en niños como en adultos, aunque se mantiene en mayor porcentaje en determinadas discapacidades, como, por ejemplo: el Síndrome de Down, problemas psiquiátricos o cambios en el SNC (Borrás et al., 2005).

2.1.15.7 Onicofagia

Se entiende como el hábito de incurrir, cortar y morder las uñas con los dientes, causando laceraciones en dedos, labios y encías, aumentando la posibilidad de infecciones. Puede llegar a crear torcedura de algunos dientes, desgaste afectación ubicada del tejido periodontal (Chamorro et al., 2012).

Generalmente, se presenta en un rango de edad de 4 a 6 años, se controla entre los 7 y 10 años, incrementa en el periodo de la adolescencia y disminuye cuando aumenta la edad. Hablar de sus causas suele ser complicado de determinar, pero guarda una relación con ansiedad, imitación y estrés (Ocampo et al., 2014).

2.1.16. Motricidad orofacial

Susanibar et al. (2016) Hace referencia a que, es el área de la Fonoaudiología responsable de llevar a cabo investigaciones, estudios, evaluaciones, prevenciones, desarrollo, habilitación y rehabilitación de las alteraciones que pueden ser de forma congénita o adquirida de los sistemas: cervical y miofuncional, de la misma manera abarca desde la gestación hasta el envejecimiento con las funciones de: masticar, deglutir, respirar, fonar y succionar.

Cuadro N°7 Implicaciones en las funciones estomatognáticas

Músculos	Funciones estomatognático
Temporal	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración: eleva la mandíbula y realiza el cierre labial. - Succión: no ejerce función. - Masticación: eleva la mandíbula y realiza el cierre labial. - Deglución: no ejerce función. - Habla: no ejerce función.
Lengua	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración: se mantiene en reposo para no obstruir la vía respiratoria. - Succión: es el encargado de mover los líquidos hacia la parte de atrás (movimiento anteroposterior). - Masticación: los extrínsecos son los encargados de mover el bolo alimenticio y colocar de manera correcta la lengua. - Deglución: los extrínsecos e intrínsecos realizan el movimiento hacia atrás del bolo alimenticio. - Habla: ejerce los movimientos generales para la producción de los fonemas.
Masetero	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración: eleva la mandíbula y realiza el cierre labial. - Succión: no ejerce función. - Masticación: realiza el cierre de la mandíbula. - Deglución: no ejerce función. - Habla: no ejerce función.
	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración: eleva la mandíbula y realiza el cierre labial. - Succión: no ejerce función.

Pterigoideo	<ul style="list-style-type: none"> - Masticación: el interno y externo son los encargados de producir los movimientos rotatorios. - Deglución: no tiene función. - Habla: no tiene función.
Orbicular de labios	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración: realiza el cierre labia. - Succión: realiza el cierre labial. - Masticación: realiza el cierre labial. - Deglución: realiza el cierre labial y la presión intraoral. - Habla: producción de fonemas chocantes con los labios.
Buccinador	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración: realiza el cierre labial. - Succión: presión intraoral. - Masticación: ejerce el desplazamiento del bolo alimenticio y la presión intraoral. - Deglución: presión intraoral. - Habla: ejerce los movimientos generales para la producción de los fonemas.
Suprahioides	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración: mantiene una postura correcta de la laringe a la hora de que se realice el cierre. - Succión: no ejercer función. - Masticación: no ejerce función. - deglución: el supra e infrahioides elevan y posicionan de forma anterior a la hora de realizar la deglución. - Habla: no ejerce función.
Velo del paladar	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración: no ejerce función. - - Succión: realiza la obstrucción nasal. - Masticación: no ejerce función. - Deglución: realiza la obstrucción nasal. - Habla: se encarga de la producción de los fonemas nasales.
Fronto-occipital	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración: mantiene controlada la postura en conjunto con la cintura escapular. - Succión: no ejerce función. - Masticación: no ejerce función. - Deglución: no ejerce función. - Habla: no ejerce función.
Laringe	<ul style="list-style-type: none"> - Respiración: no ejerce función. - Succión: no ejerce función. - Masticación: no ejerce función. - Deglución: los intrínsecos realizan el cierre glótico y los extrínsecos se encargan de elevar o descender la laringe. - Habla: no ejerce función.

Fuente: información obtenida de (Estomatognático et al., 2013) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

Cuadro N°8 Músculos de la lengua

Músculo	Función
Geniogloso	Ocupa una posición desde la mandíbula hasta la parte inferior de la lengua, tomando un aspecto de abanico. Este mismo es el que inicia la musculatura de la lengua.
Hiogloso	Este musculo se encuentra unido al hueso hioides, formando una porción de la base lingual.
Estilogloso	Componen los bordes laterales de lengua que se despliegan hasta el hueso temporal, es el encargado de agrandar la lengua y producir los movimientos hacia arriba y abajo.
Palatogloso	Es el que produce que la punta de la lengua se eleve.
Transverso de la lengua	Este musculo se despliega hasta los bordes laterales de la lengua, en beneficio de sus contracciones la lengua puede realizar movimientos de redondeo y proyectarse hacia adelante.
Faringogloso	Es el encargado de controlar los movimientos de lengua hacia atrás y abajo, y es considerado de debida importancia para que el acto deglutorio se lleve a cabo.
Lingual inferior	Mantiene una posición en la cara inferior de la lengua y es el que produce los movimientos hacia abajo del ápice de la lengua.
Amigdalogloso	Se encuentra cercano a las amígdalas y es la encargada de elevar la base de la lengua.

Fuente: información obtenida de (Prieto, n.d.) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

Cuadro N°9 Músculos del cuello

Suprahiodea		Infrahiodea	
Músculo	Función	Músculo	Función
Milohioideo	Elevación del hueso hioides e interviene en la deglución.	Omohioideo	Generalmente, es el encargado de bajar el hueso hioides.
Digástrico	Eleva la lengua y baja la mandíbula interfiriendo en la masticación.	Esternohioideo	Baja el hueso hioides proporcionando mayor facilidad para la deglución y la fonación.
Genihioideo	Eleva el hueso hioides, baja la mandíbula y extiende la laringe influyendo en la deglución.	Esternotiroideo	Baja el hioides y la laringe en el momento de la masticación y deglución. Influyendo en el dominio del tono y en el volumen a la hora de la producción fonatoria.

Geniogloso	Es el que compone en gran parte el cuerpo de la lengua, teniendo la función así mismo de: proyectar, retraer y deprimir la misma, interfiriendo en la respiración y deglución.	Tirohioideo	Regularmente es el que asciende la laringe.
Hiogloso	Colabora a la hora de retraer y bajar la lengua.		

Fuente: información obtenida de (Sánchez, 2020) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

2.1.16.1 Evaluación de la motricidad orofacial

Entender y utilizar las distintas pruebas que nos permiten llevar a cabo la realización de la exploración orofacial, así como el análisis muscular. Se necesita de igual forma entendimiento y habilidad para realizar la exploración externa de la boca (rasgos faciales, tipo de incremento facial, situación de labios en inactividad, estado de los orificios de la nariz, ATM) y el análisis interno de la boca (dentadura, oclusión, lengua, frenillos lingual y labial, forma de paladar duro y paladar blando, aspecto de amígdalas palatinas). También, a través de estas pruebas precisas se deberá valorar el funcionamiento orofacial: fonoarticulación, deglución, masticación, respiración, postura, así como la existencia de algún hábito lesivo.

Se pueden utilizar distintas guías y fichas que facilitan la tarea a la hora de la evaluación y que estos mismos sean adecuados dependiendo de cada caso (Grandi, 2013).

2.1.16.2 La motricidad orofacial y su relación con otras especialidades afines.

La motricidad orofacial requiere de la participación de diferentes especialistas como: odontología y ortodoncia, ortopedia maxilar-malformaciones faciales y/o craneofaciales, tratamientos maxilofaciales (maxilofacial), patologías de origen neurológico (neurólogo) (Merchante, s.f).

2.1.17. Terapia miofuncional

Borrás et al. (2005) indican que, existen dos tipos de terapia sobre los malos hábitos orales, la primera es la terapéutica miofuncional, cuando se demuestra una alteración de la musculatura oral que pueda entorpecer la correcta posición de la dentadura o los aparatos utilizados en ella.

Su definición implica una colectividad de procesos y métodos que se utilizan para arreglar el desequilibrio o dificultades que se puede presentar en la musculatura oral, donde se puede obtener mejores modelos musculares y poder dar por definitiva la eliminación de los hábitos nocivos, ya que esto lleva a perfeccionar la estética del paciente (De La Torre, 2016).

2.1.17.1 Objetivos de la Terapia Miofuncional

Los objetivos de esta terapia son:

- a) Examinar y evaluar las disfunciones que puedan encontrarse, a nivel de los músculos orofaciales al igual que en las funciones principales.
- b) Realizar una valoración miofuncional, determinando así mismo, además las disfunciones estructurales y funcionales.

c) Planificar el método de intervención, que se debe basar en ejercicios, eliminar hábitos y ser conscientes de los nuevos hábitos que podrán llegar hacer adquiridos.

d) Organizar una intervención funcional en compañía del abordaje que realiza el ortodoncista (Borrás et al., 2005).

Entre los objetivos de la terapéutica se encuentra que, tanto los infantes al igual que los mayores deben estar adaptada a la necesidad que presente cada paciente. Se dará inicio con actividades de praxias, métodos de estimulación, ya sea mecánica y/o táctil, masajes y en el control de su posición postural (De La Torre, 2016).

2.1.17.2 En que consiste la Terapia Miofuncional

M. Benavente (2019) señala que, esta terapia se utiliza en Fonoaudiología y sirve para reeducar los hábitos respiratorios y orales, entre ellos están: la deglución atípica, la succión, la respiración oral, la mala posición de la lengua en reposo y las alteraciones del lenguaje. Estos hábitos afectan de manera negativa, produciendo maloclusiones, daños en los dientes y en los músculos orales.

2.1.17.3 Áreas de intervención de la Terapia Miofuncional

Entre las distintas áreas de intervención para el especialista en TM se encuentran:

- Discapacidades cognitivas: síndrome de Down (debido a su conformación morfológica a nivel bucodental y sus disfunciones musculares).
- Desordenes degenerativos y de inicio neurológico enlazados con alteraciones orofacial: En estas situaciones, pueden observarse cambios en las funciones orofaciales: deglución, masticación y respiración).

- Postoperatorios linguales, laríngeos o maxilofaciales: de manera que se muestran disfunciones funcionales como resultado de la participación quirúrgica que solicitan de una reintegración de la musculatura oral.
- Parálisis cerebral infantil: En estas situaciones, desde edades precoces, la participación del fonoaudiólogo es importante para obtener los modelos adecuados de funciones orofaciales que permitan mejorar la alimentación (Borrás et al., 2005).

2.1.17.4 Herramientas y técnicas utilizadas en la Terapia Miofuncional

Douglas (s.f) citado por (Rahal, s.f), señala que realizar ejercicios musculares conduce a una sobre fatiga funcional que denota para el organismo ajustarse a un nuevo carácter que demanda cambios a todos los patrones fisiológicos, con el objetivo de aumentar más energía. Esto se da en un periodo corto, en el que el SN recibe entendimiento de su nueva posición funcional e inicia a acoplarse, conduciendo a un cambio de las acciones del músculo.

Las funciones como: deglutir, masticar, respirar, fonar y succionar pueden verse alteradas, por eso es necesario trabajar directamente con estas funciones. Se pueden llevar a cabo ejercicios que impliquen la musculatura de los órganos orales. En el momento en el que se elige un ejercicio debemos tener en cuenta la fisiología muscular y las variables para llevar a cabo dichos ejercicios como: rapidez, duración, fuerza, frecuencia, progresión y dinámica. Los resultados fisiológicos van de acuerdo con cada ejercicio. Los ejercicios para ejecutarse tienen la obligación de ser funcionales. Las actividades isotónicas tienen la finalidad de aumentar la oxigenación y el movimiento del músculo, el objetivo de los ejercicios isométricos es acrecentar la fuerza de los músculos y se realizan de

manera más lenta, los oficios de contra resistencia se realizan cuando se coloca una obstrucción contra el músculo. Se debe comenzar por los ejercicios isotónicos, pasar por los isométricos y finalizar con los de contra resistencia siempre y cuando sean necesarios. Relacionado con el número de repeticiones, los isotónicos se deben comenzar de 7 a 10 movimientos de 3 a 5 series y los isométricos de 5 a 8 segundos con series de 3 a 5, es crucial tener pausas de 10 segundos para no llegar a fatigar el músculo (Rahal, s.f).

Cuadro N°10 Ejercicios orofaciales en músculos específicos

Musculo	Ejercicios
Labios	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura y cierre de boca - Colocar los labios en forma de beso - Realizar mímica de sonreír - Soplar los cachetes y al mismo tiempo mantener labios cerrados
Lengua	<ul style="list-style-type: none"> - Protruir la lengua lo más que se pueda - Sacar la lengua y moverla de un lado a otro - Poner la lengua atrás de los dientes delanteros y pronuncia “la” - Intentar toca nariz con la lengua sin realizar algún movimiento de cabeza - Chupar los labios
Mandíbula	<ul style="list-style-type: none"> - Abrir la boca lo más grande que se pueda - Deslizar la mandíbula de un lado al otro de manera suave - Desplazar la mandíbula en dirección hacia atrás y luego delante de manera lenta

Fuente: información obtenida por (Hutton, 2010) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

2.1.17.5 Tipos de ejercicios orofaciales

Herrera (2013) citado por Rodríguez (s.f), informa que existen determinados ejercicios orofaciales entre los 0 meses hasta los 3 años de edad, como lo son:

- acariciar tanto labio superior como inferior por el centro de ambos
- frotar un cepillo sobre los labios suavemente
- jugar con las expresiones faciales
- frotar un pincel sobre las mejillas
- jugar a copiar las expresiones faciales
- utilizar praxias de lengua
- jugar a soplar globos y tirar burbujas
- realizar juegos de soplo

2.1.17.6 Reglas generales para ejecutar ejercicios orofaciales

Entre estas reglas podemos destacar:

- Efectuar los ejercicios frente al espejo, con el apoyo de un adulto, el cual ofrecerá un modelo.
- Llevar a cabo los ejercicios por lo menos cinco veces al día.
- Se debe prevenir la sobre fatiga y agotamiento.
- Escoger un espacio para ejecutar las actividades en el que el usuario este cómodo.
- No es recomendable llevar a cabo las actividades seguidamente de la comida.
- Hacer los ejercicios en un sitio favorable o conveniente y quieto.
- Rehacer las actividades distintas veces que no se presente sofocación.
- Todas las actividades continuamente se deben realizar bajo vigilancia (De La Torre, 2016).
-

Cuadro N°11 Aparatos para corregir malos hábitos orales

Aparatología de malos hábitos orales	Característica y función
Quad Hélix anti dedo	Instrumento de ortodoncia metálico permanente, impidiendo que el dedo palpe el paladar, dando como resultado que no se pueda realizar la sujeción del dedo contra el cielo de la boca.
Aparatos con rejilla lingual	Es de una formación metálica, que va encima del paladar, a nivel de los alveolos. Su función es imposibilitar que la lengua se coloque en una postura anterior a ella, suprimiendo de esta forma el obstáculo lingual en descanso y deglución.
Escudillo vestibular	Es un artefacto empleado en usuarios con obstaculización del labio inferior, construido para dividir el labio inferior, de la dentadura inferior, para volver a educar la neuromusculatura del labio, permitiendo una mejor postura, para no forzar ni interponer con los incisivos inferiores, permitiendo un cierre labial adecuado.
Placa acrílica inferior elevadora de lengua	Es utilizado en determinadas ocasiones, y su objetivo es colocar la lengua en una postura prominente. Esta pose lingual nueva lleva a los músculos elevadores de la lengua a que den como resultado una elongación a la acción lingual. El frenillo lingual así mismo se favorece al adquirir más movilidad y elongación.
	Artefacto de ortodoncia metálico permanente, construido para alcanzar una extensión del maxilar. Se utiliza en muchos de los usuarios respiradores orales, cuando exponen una mínima

Quad Hélix	evolución del suelo nasal por carencia del incremento transversal del maxilar.
-------------------	--

Fuente: información obtenida por (Reni Muller & Piñeiro, 2014) y reestructurada por las investigadoras Díaz, Joseline y Piedrahita, María.

2.1.17.7 Formatos de evaluación

Campos (2014) indica que, el objetivo de la evaluación miofuncional es evaluar la anatomía de la cara y como los órganos fonoarticuladores se encuentran en descanso. En esta evaluación se examina: labios, lengua, mejillas, amígdalas palatinas, dientes oclusión paladar duro y blando, nariz y ojos. Dicha evaluación debe estar conformada por una entrevista y un examen, ejecutándose de manera simultánea cuando se realice la primera visita con los padres de familia de los niños. Este mismo evalúa órganos y las funciones estomatognáticas. Al finalizar se debe notificar si es necesaria la terapia. En la entrevista es importante determinar el motivo de la consulta, y es fundamental indagar en otros puntos como: presencia de otra patología o dificultad para respirar y si existe algún mal hábito oral. Por otro lado, el examen está conformado por 4 secciones: aspecto morfológico y postura (evaluación de la anatomía de la cara), tonicidad (presencia de hipotonía e hipertonia) y movilidad (imitación de movimientos para saber si existe alguna dificultad). Al finalizar este proceso evaluativo se muestra lo que se encontró en el examen y se comunica si hay o no la necesidad de un profesional.

2.1.17.8 Equipos y técnicas

Es importante conocer el gran avance que ha mostrado la fonoaudiología, en cuanto a la construcción de instrumentos para realizar trabajos en la TM, entre los más destacados se encuentran: guías horizontales de lenguas, que su función es proporcionar la lateralización de la lengua, mantiene una gran utilidad en frenillo corto, por otro lado, está el bloqueador de canaleta, su objetivo es equilibrar los

diferentes movimientos que proporcionan la mandíbula y la división lengua-mandíbula, por último, esta los aros de metal, estos mismos son de varios tamaños donde el usuario debe procurar meter el ápice de la lengua en estos mismos sin apoyo alguno (Angulo, 2012).

Otro de los componentes que se utilizan es el láser, que es manejado en el campo de la fonoaudiología estética para pacientes que mantienen disfonía proporcionada por una parálisis de CV, baja o alta tonicidad en los órganos fonoarticuladores, disartrias, disfagias, alteraciones en la ATM, insuficiencia labial (Angulo, 2012), por otra parte, se encuentra la electromiografía para determinar la ausencia o presencia de alta o bajo tonicidad muscular (Campos, 2014).

2.2 Propuesta de intervención

Descripción de la propuesta: Se proponen el desarrollo de dos talleres virtuales, sobre actividades que ayuden a intervenir en los malos hábitos orales de los niños y niñas que asisten a el programa de estimulación precoz (PEP) del IPHE. Las mismas serán dirigidas a los padres de familia a través de plataformas digitales. Los talleres se clasificarán por los malos hábitos orales con mayor concurrencia según los resultados de las encuestas.

Área de intervención: a través de estas docencias se espera que los padres de familia del PEP identifiquen las recomendaciones que pueden realizar en casa para erradicar los malos hábitos orales.

Justificación: Entre los malos hábitos orales más mencionados están la succión digital, chupete y bruxismo abarcando el 53%, por otra parte, se pudo evidenciar que hubo un aumento del 44% en cuanto conocer que son los malos hábitos orales. Estos datos se obtuvieron a través de las encuestas realizadas a los padres de familia, por lo que se puede destacar que existe una necesidad de orientar a dichos padres sobre los malos hábitos orales.

Objetivo:

- Orientar a los padres de familia del PEP del IPHE sobre los desórdenes miofuncionales orofaciales.

Desarrollo del programa: En el primer taller se espera abarcar definiciones y recomendaciones de tres malos hábitos orales (succión, bruxismo y onicofagia).

En el segundo taller se espera completarlo con la definición y recomendación de respiración oral y el uso de los biberones.

Continuando con los talleres, se espera esclarecer todas las dudas que se presenten, guiar a los padres en caso de necesitar la orientación de otros profesionales y que ellos puedan compartir con los distintos padres de familia sobre sus experiencias.

Método:

- Contactar los enlaces del PEP del IPHE.
- Contacto directo con los padres y explicación de los talleres.
- Realización del primer taller acerca de los desórdenes miofuncionales orofaciales.
- Realización del segundo taller acerca de los desórdenes miofuncionales orofaciales.

Talleres:

Taller #1: Intervención de los malos hábitos orales (Succión digital o chupete, Bruxismo, Onicofagia):

- **Succión (chupete y digital):** Este hábito es un acto involuntario, repetitivo y permanente, que puede ocasionar cambios en la posición de los incisivos y toda la estructura oral. Este mismo no cumple una finalidad alimentaria, sino que busca un placer en el instinto primario de succión (García, 2017).

González (2020) expresa las siguientes recomendaciones:

1. Utilizar la terapia de la sustitución

Si tu hijo se chupa el dedo porque tiene sueño y le cuesta cogerlo, le puedes dar un peluche que le haga compañía. Se convertirá en su nuevo compañero de juegos.

2. Buscar alternativas para calmar al niño en momentos de ansiedad.

Si tu niño se chupa el dedo cuando se siente ansioso o enfadado, busca alternativas como un abrazo, caricias o hablar con él y atenderlo en sus emociones.

3. Proporcionarle distracciones en las que se implique el uso de sus manos

Cuando el pequeño se chupa el dedo porque está aburrido, es aconsejable proporcionarle otras distracciones en las que tenga que usar sus manos. Algún juego de plastilina, manualidades, pintar, etc. En definitiva, cualquier cosa que se nos ocurra y lo mantenga distraído, de esta manera se olvidará de llevarse el dedo a la boca.

4. Utilizar técnicas de refuerzo positivo

Estas técnicas ayudan a modificar conductas infantiles. Consisten en aplicar un refuerzo positivo cada vez que el menor actúe de manera adecuada. Podemos hacer una tabla con pequeños objetivos diarios o semanales, a corto plazo. Si los objetivos se cumplen, merecen una recompensa (una pegatina, un juguete pequeño...).

5. Hablar con el niño

Podemos hablar con ellos y darle una explicación sencilla, acorde a su edad acerca de por qué no debe chuparse el dedo. Para esto hay que encontrar el momento adecuado, cuando esté tranquilo y receptivo.

6. No ridiculizarle, ni gritarle o utilizar la violencia

Si le gritamos y lo ridiculizamos, sólo conseguiremos que tenga miedo y se asuste, no modificaremos el hábito haciendo esto. Con una explicación acerca de por qué no debe chuparse el dedo, es suficiente. Es mejor fijarse cada vez que no se chupe el dedo y reforzarlo, en lugar de reñirle de forma agresiva cuando si lo hace. (p.1)

García (2017) informa que, para evitar que las deformaciones provocadas por el chupete sean mayores y totalmente irreversibles, se tendría que abandonar el hábito antes de los dos años, al igual que el chupete. En muchas ocasiones el abandono del hábito requiere de la colocación de algún tipo de dispositivo en boca o en el dedo que ayudaría a llevar a cabo la succión por parte del niño.

Bruxismo: Meliá (2019) la define como una alteración biomecánica de la articulación temporomandibular en la que el paciente, generalmente por la noche,

aprieta con los dientes. Este exceso de fuerza que realiza involuntariamente puede producir dolor en la zona cervical, dolor de cabeza, dolor en la zona de la articulación mencionada e, inevitablemente, el desgaste de las piezas dentales.

(Guardado, 2018) recomienda a los padres lo siguiente:

- Nuestro principal cometido será mantener un estado de relajación constante. Aplica una toalla húmeda y caliente sobre la cara para rebajar el dolor. Esto será de gran ayuda para relajar los músculos faciales.
- Beber agua y hacer ejercicio.
- Relajación: hacer que el cuerpo esté menos activo antes de dormir. Con esto despedimos al móvil. Un buen libro o música relajante es la única “distracción” que necesitas antes de descansar.
- En la cama también hay puntos clave: 1) busca un colchón que ofrezca firmeza y comodidad. 2) Duerme sobre el lado izquierdo para favorecer el descanso de la columna y 3) cuando te levantes intenta acercarte con tranquilidad hasta el límite del colchón para posteriormente apoyar las piernas con estabilidad y fuerza.
- Auto masaje facial.

Onicofagia: se define como comerse las uñas, presenta alteraciones psicológicas relacionadas con un estado de ansiedad y miedo. Este mal hábito oral aumenta en momentos de presencia de algún desencadenante (Papa, 2014).

(Papa, 2014) hace las siguientes recomendaciones:

- Observar cuales son los estados en el día que desencadene el mal hábito (tocar las uñas, rascarlas, pasarlas por la ropa)
- Concienciar acerca de los momentos que evitan la aparición de este
- Buscar alternativas que puedan sustituirlo, por ejemplo un chicle, caramelo o pelota de goma, que contribuye a la reducción de la ansiedad
- Adicional, también se puede utilizar un protector (guante de látex) que se coloca en cada uno.
- Recordatorio sobre las metas a alcanzar.

Taller #2: Intervención de los malos hábitos orales (Respiración oral, Uso prolongado del biberón):

Respiración oral: “Se define como "la aspiración y espiración de aire, sobre todo por la boca, que se observa más comúnmente en la obstrucción y congestión de los pasajes nasales” (Simoes, 2015,p.1).

(Jimenez, 2011) recomienda realizar ejercicios de respiración, teniendo en cuenta lo siguiente:

- La posición del niño.
- La forma de respirar.
- La duración de cada ejercicio (procurar que la inspiración dure de 6 a 8 segundos, retener en los pulmones de 2 a 3 segundos y la espiración de 8 a 10 segundos).
- El número de veces que se hará repetir (de 3 a 6 veces cada ejercicio, en un día uno o dos ejercicios que vayan aumentando su dificultad).
- Ejercicio #1: Inspiración nasal, lenta, profunda y regular. Retener el aire. Espiración nasal lenta en la misma forma.
- Ejercicio #2: Inspiración nasal, lenta, dilatando las alas de la nariz. Retención del aire. Espiración nasal lenta, regular y completa.
- Ejercicio #3: Inspiración en la misma forma que el anterior. Retención del aire. Espiración nasal, rápida y continua.

Uso del biberón: Roldán (2020) informa

...que cuanto más crezca el niño más complicado se le hará desprenderse de su preciado biberón. A estos pequeños les gusta masticar la goma de la tetina del biberón e incluso pueden preferir la facilidad de succión a la masticación. Esto último podría ser un problema para poder introducir los alimentos sólidos en su dieta (p.1)

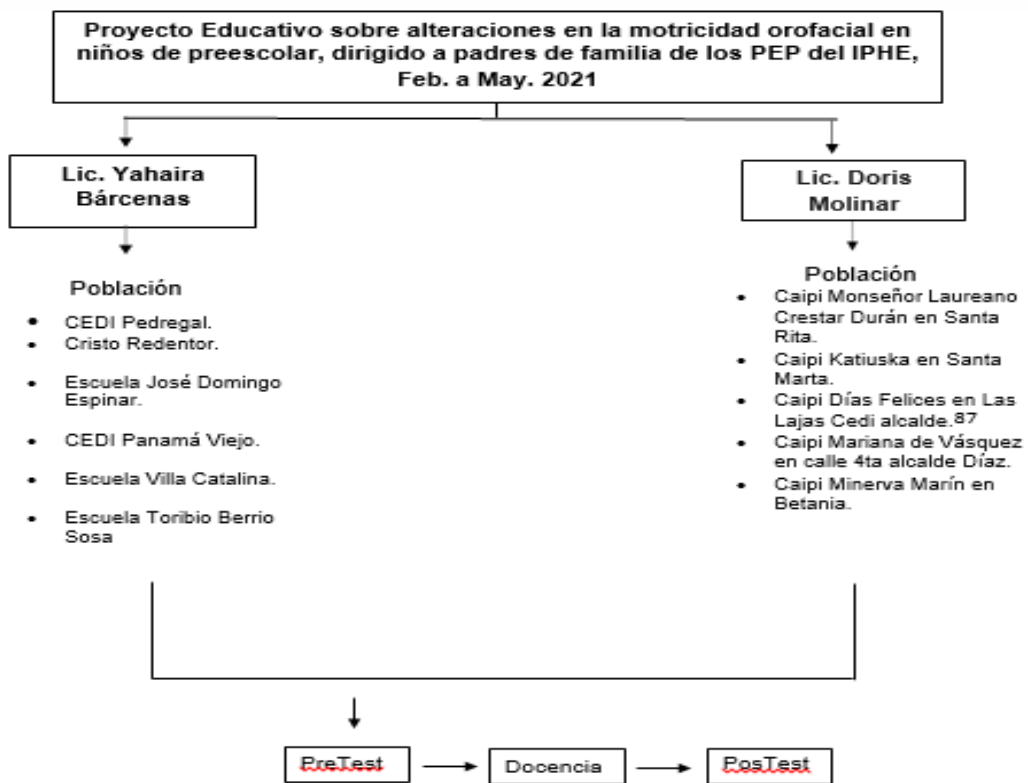
El uso de la mamadera o biberón tiene un tiempo estipulado para evitar así algunas deficiencias en las estructuras que se encargan de la producción del habla, si este no se cambia en el tiempo estipulado puede causar algunos daños en los órganos fonoarticuladores. Este mal hábito es uno de los principales precursores de las malformaciones dentarias y por ende responsables de los trastornos de los sonidos del habla

Materiales

- Computadoras
- Hojas blancas
- Lápices

2.3 Estructuras organizativas y de gestión de proyecto.

Centros del PEP de la provincia de Panamá utilizados en el proyecto.



Elaborado por: Joseline Diaz
María Piedrahita

2.4 Especialización operacional de las actividades y tareas a realizar

Objetivos	Actividades
<ul style="list-style-type: none">• Concienciar a los padres de familia del PEP del IPHE, sobre las alteraciones en la motricidad orofacial causadas por los malos hábitos orales en sus hijos.	Brindar docencias a los padres de familia sobre los malos hábitos orales y recomendaciones para trabajar estos malos hábitos desde casa.
<ul style="list-style-type: none">• Identificar los conocimientos previos de los padres de familia sobre las alteraciones en la motricidad orofacial y los malos hábitos orales	Emplear un pretest y postest acerca de las docencias brindadas, para que esta nos permita cumplir los objetivos establecidos.
<ul style="list-style-type: none">• Identificar la presencia de malos hábitos orales en los estudiantes del PEP según los padres de familia.	A través del pretest, los participantes no informaran de los malos hábitos orales que pueden estar presentando sus acudidos.
<ul style="list-style-type: none">• Brindar orientaciones a los padres de familia sobre actividades que puedan realizar para abordar los malos hábitos orales, mediante talleres.	Se espera esclarecer todas las dudas que se presenten, guiar a los padres en caso de necesitar la orientación de otros profesionales y que ellos puedan compartir con los distintos padres de familia sobre sus experiencias.

2.5 Productos

Objetivos	Productos
<ul style="list-style-type: none"> • Concienciar a los padres de familia del programa de estimulación precoz de IPHE, sobre las alteraciones en la motricidad orofacial causadas por los malos hábitos orales en sus hijos. 	<p>Se logró orientar a 118 padres de familia, de los cuales el 5% de ellos fue del sexo masculino y el 95% del sexo femenino. El 3% de estos se encuentra entre los 21 a los 25 de años (siendo padres jóvenes).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los conocimientos previos de los padres de familia sobre las alteraciones en la motricidad orofacial y los malos hábitos orales 	<p>El 49% de los encuestado indicaron desconocer el concepto de malos hábitos orales. Entre las características que más señalaron los padres realizan sus hijos/as se encuentran: dificultades al hablar 83%, duerme con la boca abierta 39%, muerde objetos 34%, muerde la ropa y se come las uñas 27%.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la presencia de malos hábitos orales de los niños del PEP según los padres de familia. 	<p>El total de los encuestados (59), 26% indico que su hijo no presentaba algún mal hábito oral. El 24% utiliza aún el biberón, el 54% dejaron el biberón después de los 2 años, el 9% uso del chupete, 8% mantiene bruxismo, 36% succión digital, 5% se come las uñas y 5% respiran por la boca.</p>

<ul style="list-style-type: none">• Brindar orientaciones a los padres de familia sobre actividades que puedan realizar para abordar los malos hábitos orales, mediante talleres.	<p>El 53% fue del programa del PEP de Juan Díaz y el 47% del PEP del Ancón. En donde se pudo identificar que el 100% de ellos consideraban importante las orientaciones sobre los malos hábitos orales, y el 95% indicaron que el proyecto fue de mucho beneficio.</p>
--	--

2.6 Cronograma de Impartición del proyecto 2021.

Actividades	Febrero				Marzo				Abril			Mayo		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.Contacto con los enlaces														
2. Contacto con los padres y explicación del proyecto														
3.Selección de participantes y presentación de consentimiento informado														
4. Presentación de encuestas iniciales														
5. Capacitaciones														
6. Presentación de encuestas finales														
10. Recopilación de datos y depuración														
11.Análisis estadístico														
12. Formulación de conclusiones, sugerencias y redacción de informe final														

Presupuesto

Rubro	Detalle del gasto	Costo	Total
Insumos/materiales	Lápices	B/ 1.50 la caja	B/3.00
	Resma de hojas Blancas	B/ 3.00	B/ 3.00
	Computadoras	B/ 400.00 c/u	B/ 800.00
	Mascarillas	B/ 2.50 c/u	B/ 5.00
	Alcohol	B/ 1.50 c/u	B/ 3.00
	Caretas	B/ 2.50 c/u	B/ 5.00
	Gorros	B/ 1.50	B/ 1.50
	Batas	B/ 1.25	B/ 12.50
	Copias	#1: B/ 0.03 #2: B/ 0.10	#1: B/ 6. 45 #2: B/ 3.00
	Transporte	#1: B/ 5.00 (CIAES, por día) B/ 10.00 (IPHE-PEP, por día) #2: B/ 5.00 (IPHE-PEP, por día)	#1: B/385.00 #2: B/215.00
Total:			B/ 1,442.45

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 Interpretación de los resultados

En este capítulo se evidenciarán los resultados obtenidos a través de un pretest y un post de la encuesta dirigida a los padres de familia del PEP del IPHE. Donde nos permitirá saber que tanto conocen los padres acerca de los malos hábitos orales en los niños, cuál de todos estos hábitos tiene mayor presencia en sus hijos, que texturas prefieren los niños, a qué edad dejan de usar el biberón o el chupón.

Estos resultados serán mostrados mediante tablas y gráficas para permitir así su interpretación de dichos resultados.

Cuadro N°12 Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por su edad y sexo, en el periodo de febrero a abril 2021.

Grupos de edad	Total	Sexo			
		Hombre	Porcentaje	Mujer	Porcentaje
De 16-20 años	1	0	0%	1	1%
De 21-25 años	27	3	3%	24	21%
De 26-30 años	25	0	0%	25	22%
De 31-35 años	18	0	0%	18	16%
De 36-40 años	23	0	0%	23	20%
De 41-45 años	19	0	0%	19	17%
De 46-50 años	3	0	0%	3	3%
De 51 años y más	2	1	2%	1	1%
Total	118	4	5%	114	95%

Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

Participaron en total 118 padres de familia, donde la mayoría eran mujeres, con un total de 114, lo que representa el 95%. El rango de edad que más participó fue de 21 a 25 años, con un total de 25 participantes, representando el 23%. Se concluye que en la mayoría son madres de familia, con un rango de edad joven.

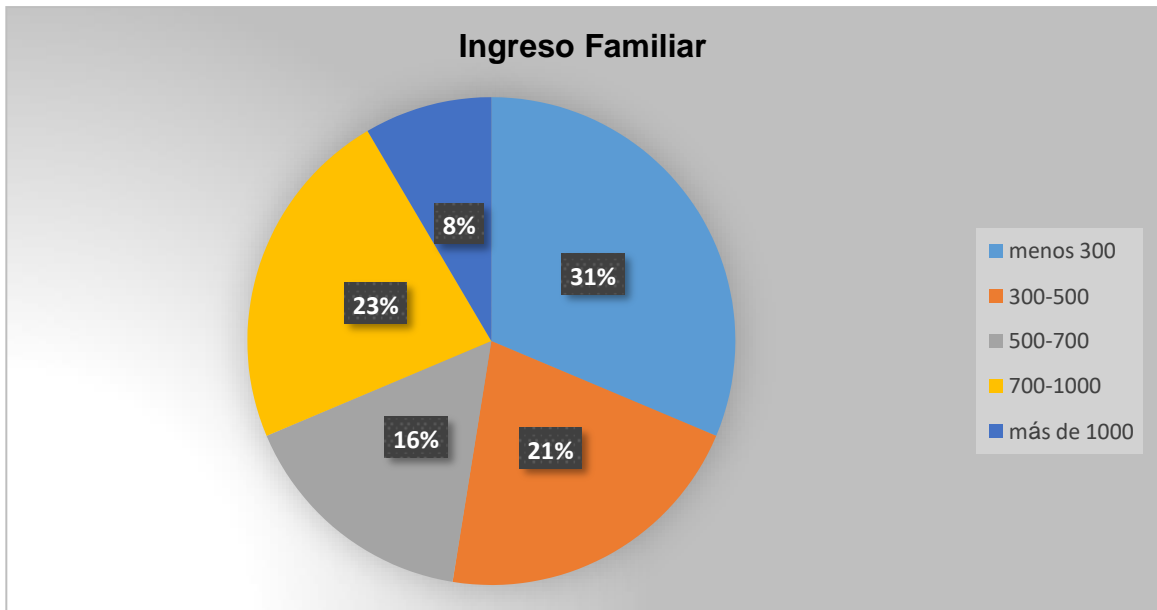
Cuadro N°13 Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por nivel educativo y programa de estimulación precoz a la que pertenece, durante los meses de febrero a abril 2021.

Nivel educativo	Total	Programa de estimulación Precoz			
		Juan Díaz	Porcentaje	Ancón	Porcentaje
Hasta primaria	4	2	2%	2	2%
Primer ciclo	12	5	4%	7	6%
Sexto año	44	24	20%	20	17%
Universidad	58	31	26%	27	23%
Total	118	62	53%	56	47%

Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

Participaron en total 118 padres de familia, de los cuales 58 de estos han culminado la universidad, lo que representa un 49%. Por otro lado, se puede evidenciar que la mayoría de los padres de familia culminaron todos sus estudios.

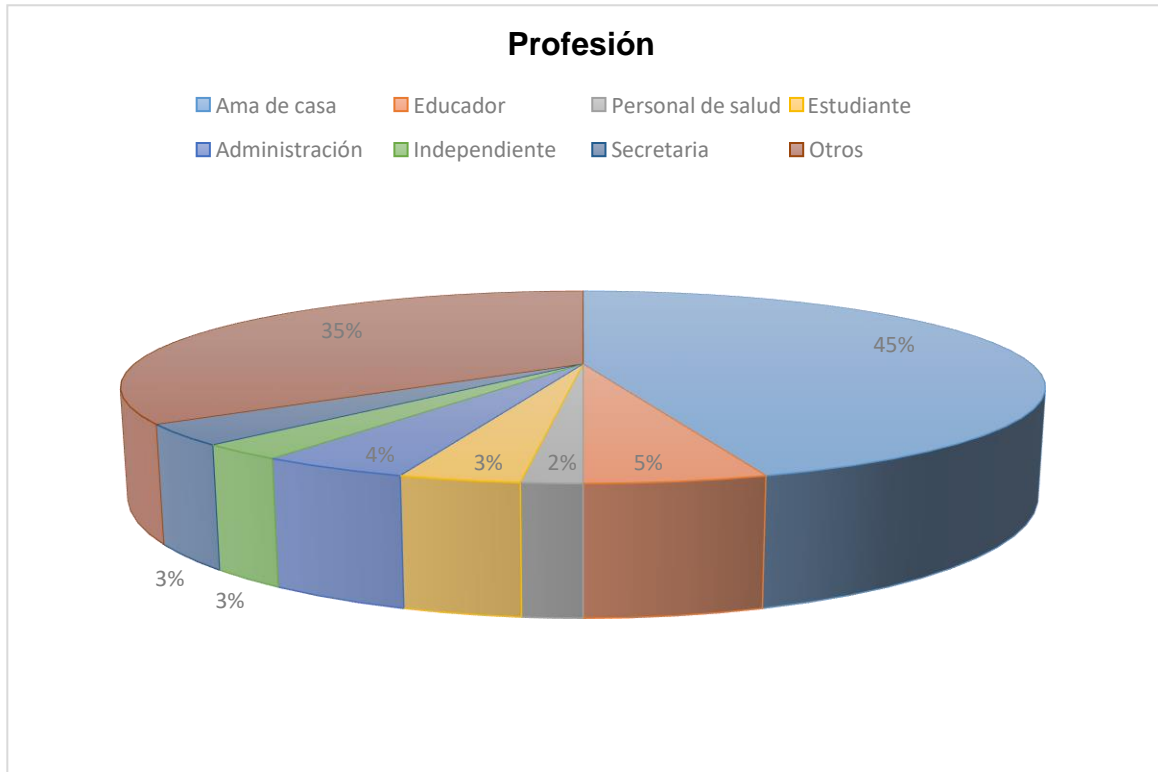
Gráfica N°1 Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificada según su ingreso familiar mensual, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

Nos muestra que el 31% de los padres de familia encuestados tienen un ingreso familiar mensual menor a los 300 dólares, esto evidencia la carencia económica que muchas de estas familias presentan para hacerle frente a las necesidades básicas de sus hijos aunado a la condición de salud que padece su acudido, Esta realidad impide muchas veces que los niños reciban periódicamente sus atenciones terapéuticas ya que no mantienen el factor económico para tarjetas telefónicas que los ayude a una sesión terapéutica virtual.

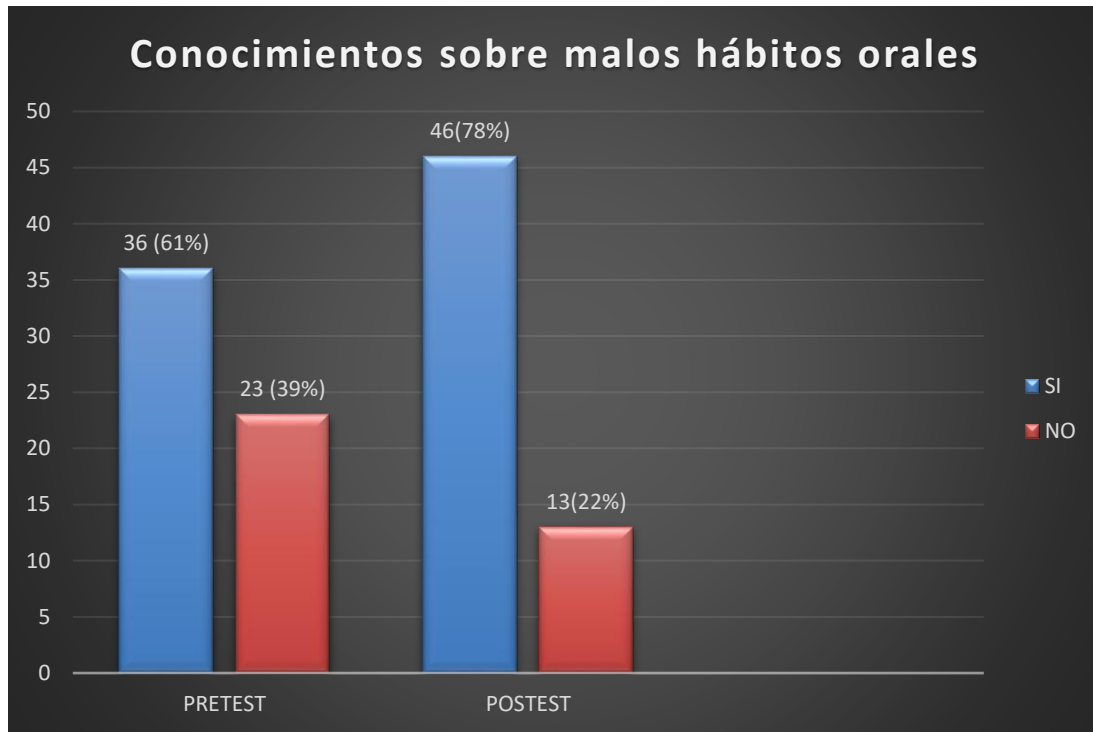
Gráfica N°2 Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por el tipo de profesión que desempeña en el periodo de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

Participaron en total 118 padres de familia, siendo ama de casa, la profesión predominante con un total de 53 participantes, dando como resultado un 45%, como se puede observar las mamás son quienes pasan más tiempo en casa con sus hijos, lo que les permitiría estar más al pendiente de las necesidades educativas y terapéuticas, siendo más fácil que puedan recibir orientaciones, técnicas y asesoramiento. Mientras que en el 35% se destacan cajera, banco, supervisor, vendedora, lo que indica que estos padres de familia no tendrán el mismo tiempo que el grupo anterior, dificultando así que puedan observar detenidamente las características que presenten sus hijos y recibir las orientaciones necesarias.

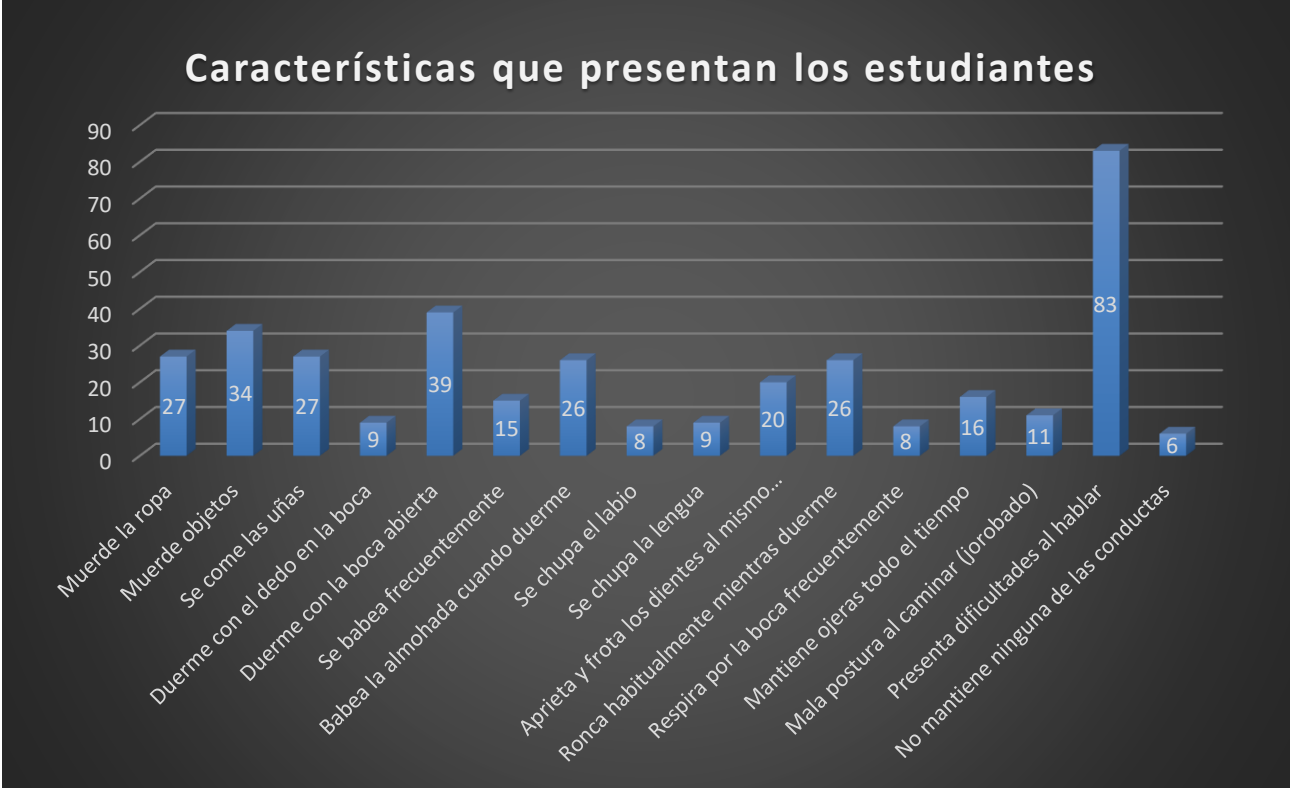
Gráfica N°3 Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, sobre el concepto de malos hábitos orales, encuestados en los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

Del total de los encuestados del pretest 36 dijeron “sí” conocer que son los malos hábitos orales, lo que representa un 61%. Mientras que en el postest hubo un total de 46 que contestaron “si”, representando un 78%. Esto evidencia que después de la docencia hubo un incremento al conocer que son los malos hábitos orales, y una mejora en cuanto a la definición que dieron sobre el tema, esto es favorable ya que les permitirá identificar si están frente a un mal hábito oral. Entre las respuestas más destacadas se encuentran en el pretest “costumbres inadecuadas en la boca” y en el postest “Comportamiento inconsciente y repetitivo que son adquiridos”.

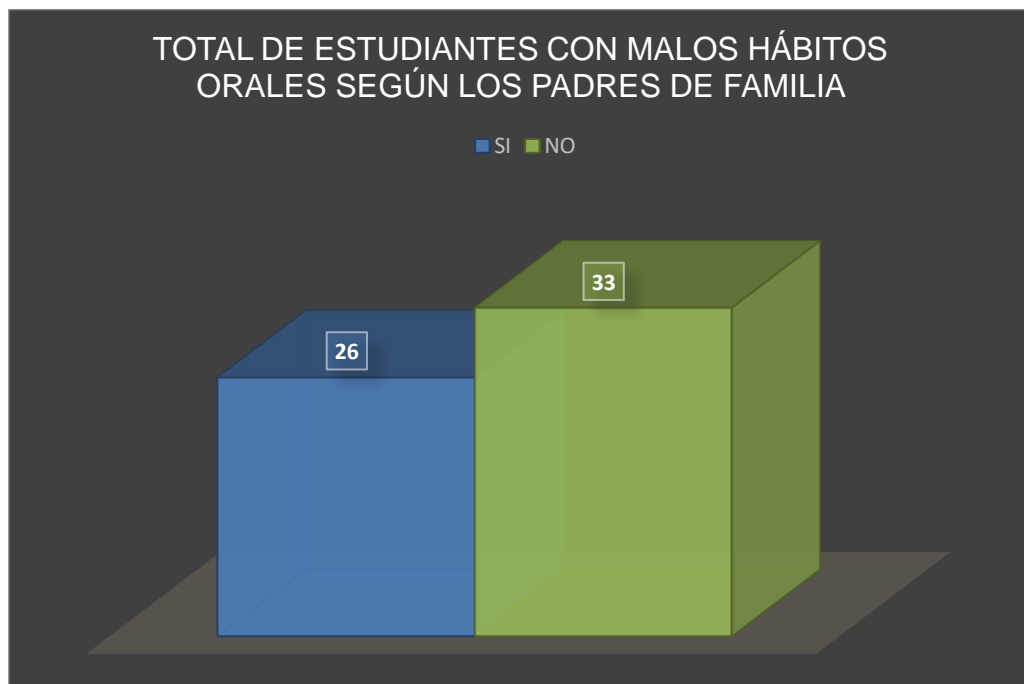
Gráfica N°4 Distribución de las características presentes en los estudiantes atendidos en los PEP del IPHE según los padres de familia encuestados en febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

De los 118 padres de familia la mayoría notificó por lo menos la presencia de 2 características en sus hijos, destacándose “dificultades en el habla,” con un total de 83 respuestas. Siguiéndole “duerme con la boca abierta”, con un total de 39 respuestas. Nos lleva a concluir que todos los padres indicaron por los menos una característica de las ya mencionadas, por lo que se considera necesario las orientaciones en esta población, para esclarecer dudas sobre si estas características son adecuadas en sus acudidos. Por otra parte, la mayoría de la población estudiada presenta dificultades para hablar, por lo que deben llevar un proceso terapéutico para mejorar sus habilidades lingüísticas.

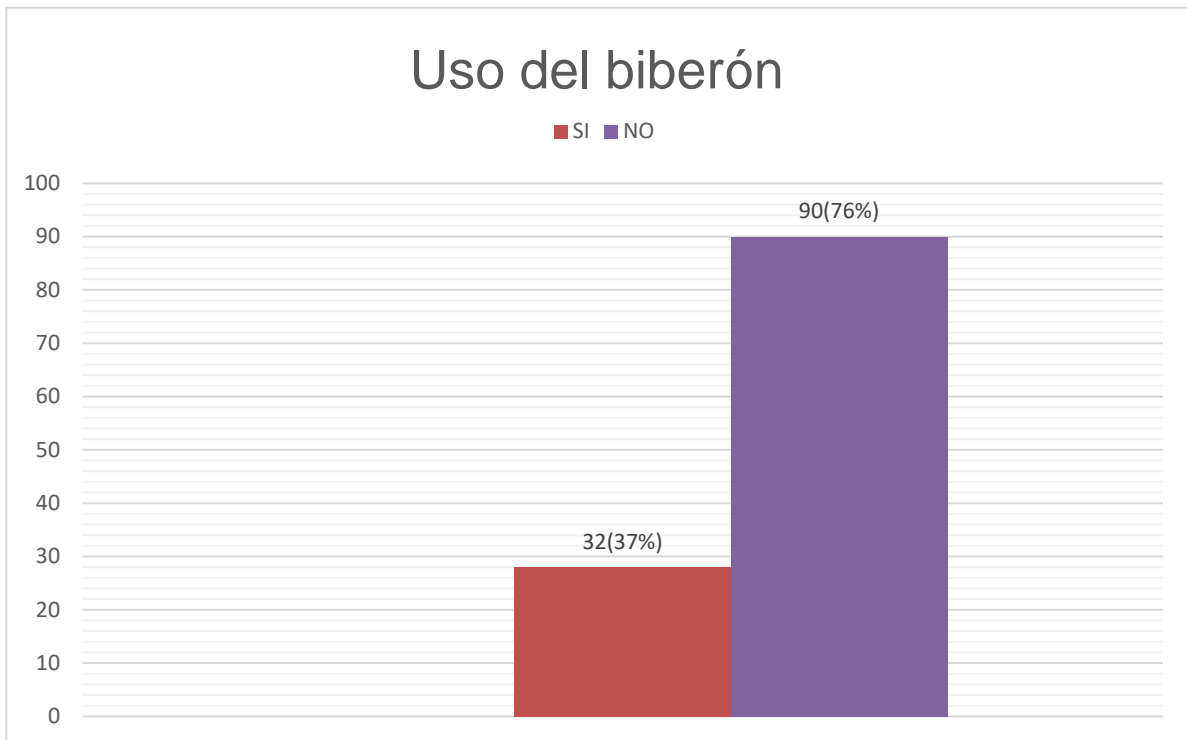
Gráfica N°5 Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por la presencia de los malos hábitos orales en los niños, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

Del total de los encuestados (59), 33 participantes indicaron que su hijo no presentaba ningún mal hábito oral, sin embargo, entre los malos hábitos orales más mencionados se encuentran: bruxismo, onicofagia y succión digital. A pesar de que la mayoría indicó que sus acudidos no presentaban algún mal hábito, es importante informar a los padres de familia acerca de estos temas, así podrán identificar de manera directa si su hijo presenta algún mal hábito oral y cual sería., permitiéndoles recurrir al profesional adecuado.

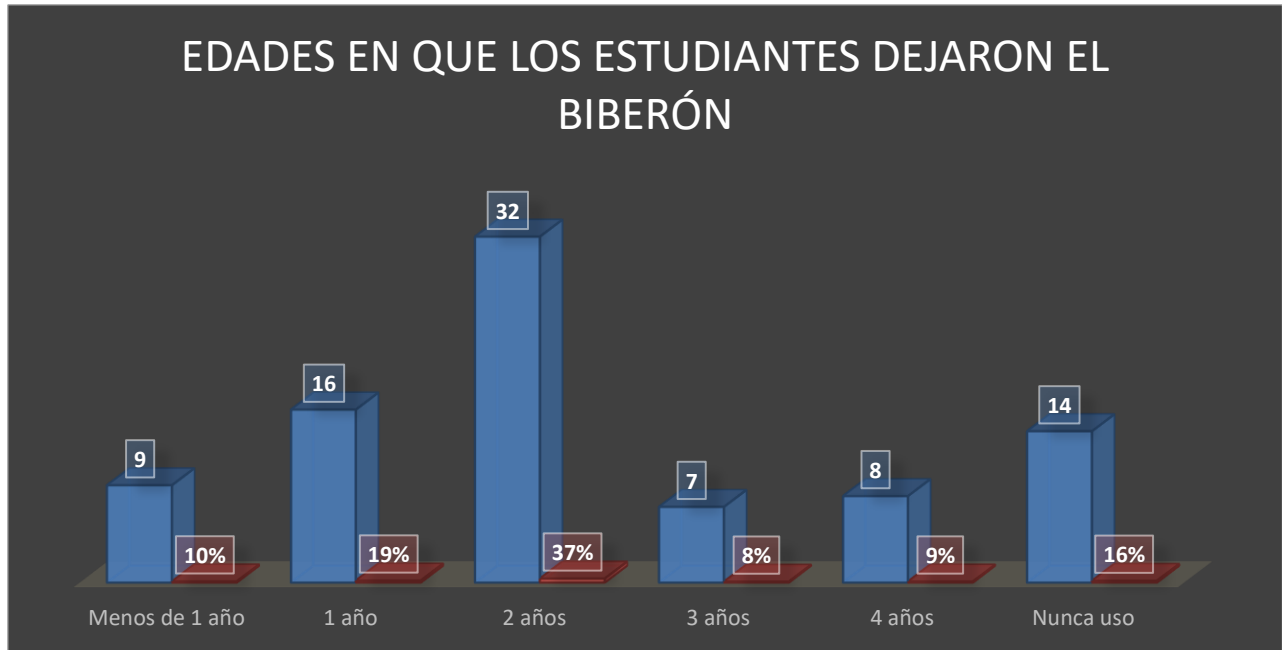
Gráfica N°6 Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por la presencia del uso del biberón, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

De los 118 padres de familia, 90 contestaron que sus hijos no mantienen el uso del biberón. Lo que representa un 76% que es favorable, para que no se llegue a desencadenar una alteración oral, producida por el uso prologando del biberón, de igual forma es necesario no descartar las orientaciones en cuanto a las afectaciones, brindar recomendaciones acerca de la edad correspondiente para dejar el biberón y poder erradicarlo.

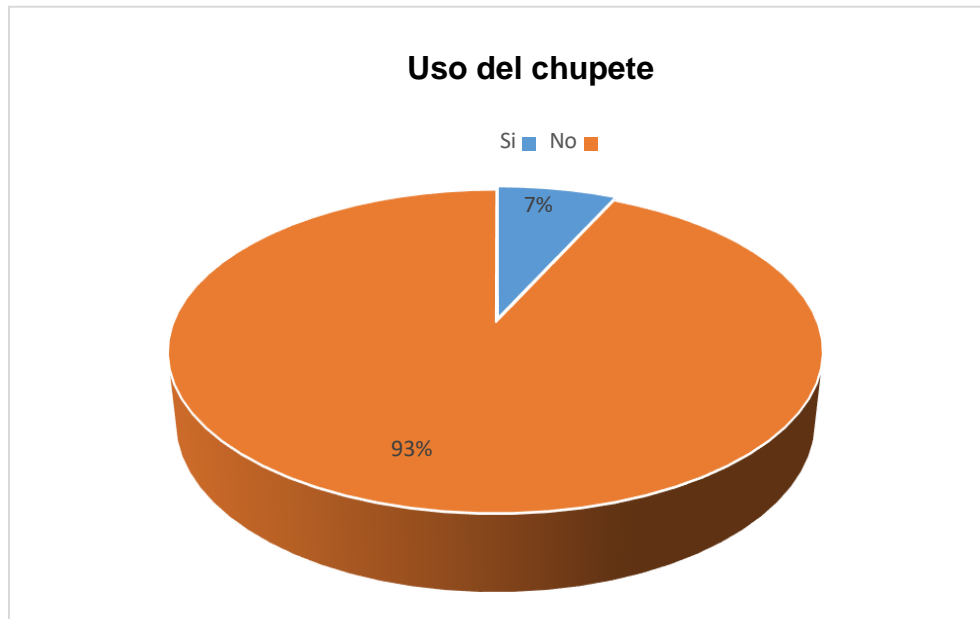
Gráfica N°7 Distribución de las edades frecuentes en que los niños dejaron el uso del biberón según la población encuestada del PEP del IPHE, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

En la población encuestada la edad que se mostró predominante fue de “2 años”, con un total de 32 respuestas, dando como resultado el 37%. Siendo favorable ya, luego de recibir las docencias los padres indicaron que la edad favorable para dejar el biberón era de “año y medio y los 2 años” representando el 88%. Esto es beneficioso porque puede evitar que se dé el uso prolongado del mismo y se produzcan determinadas afectaciones a nivel de la estructura oral.

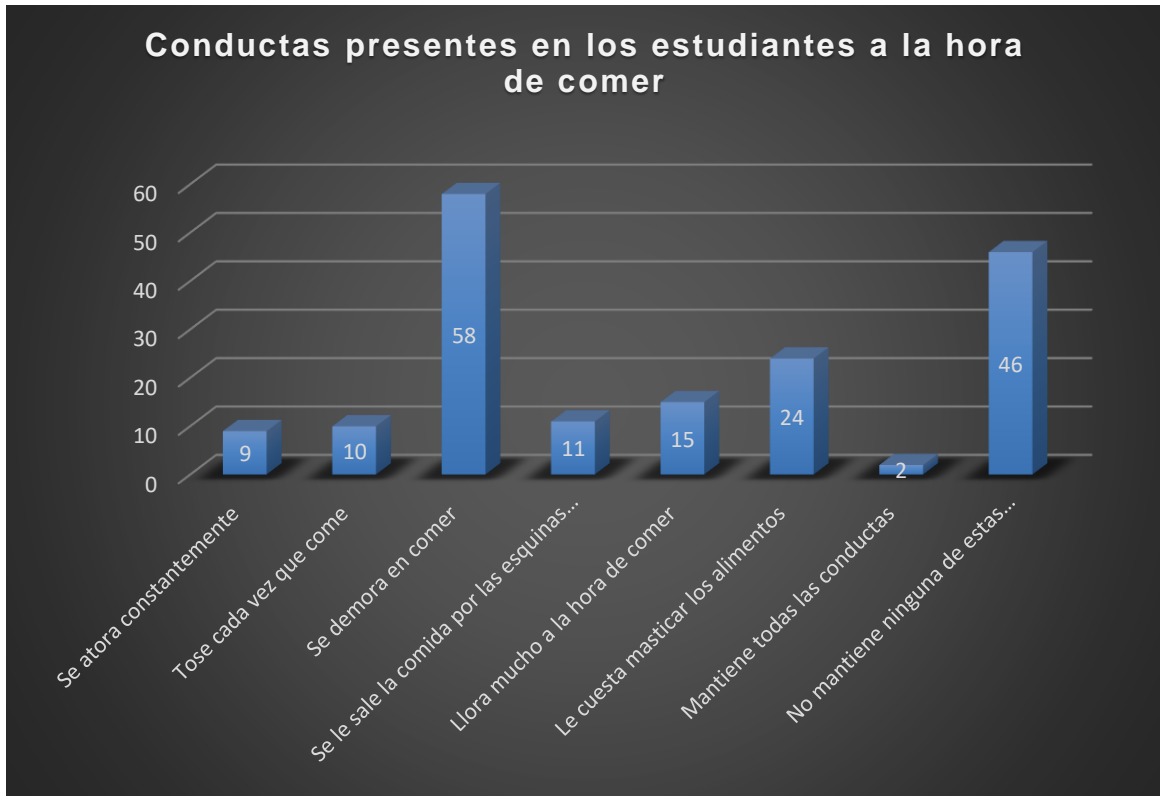
Gráfica N°8 Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por la presencia del chupete (consuelo) en los estudiantes, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

De los 118 padres de familia, 110 contestaron que sus hijos no mantienen el uso del chupete, lo que representa un 93%. Esto es muy positivo para la población encuestada ya que casi ninguno utilizó el chupete, de igual forma es importante continuar brindando orientaciones acerca de las afectaciones que trae consigo el uso del mismo y así erradicar de manera completa el uso de este consolador.

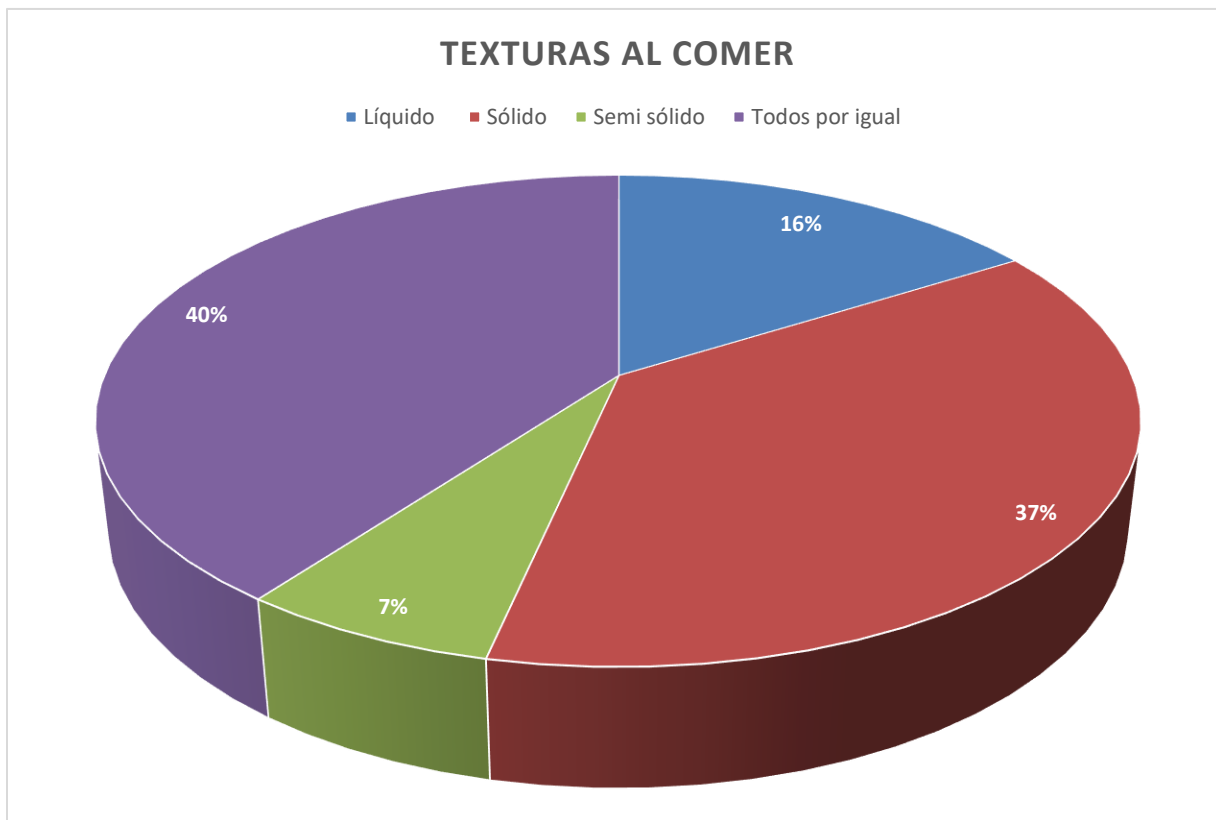
Gráfica N°9 Distribución de las conductas presentes a la hora de comer en los estudiantes, según la población encuestada del PEP del IPHE, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

De los 118 encuestados la conducta más persistente fue “se demora en comer,” con un total de 58 respuestas. Esta pregunta fue útil para analizar si en la población se manifestaban dificultades al momento de la alimentación, aunque la mayoría indicó que sus acudidos se demoran al comer, hubo una minoría que presentó otras conductas que no se deben pasar por alto, por lo que se debe continuar brindando orientaciones para mejorar estas características y que no puedan agravarse a futuro.

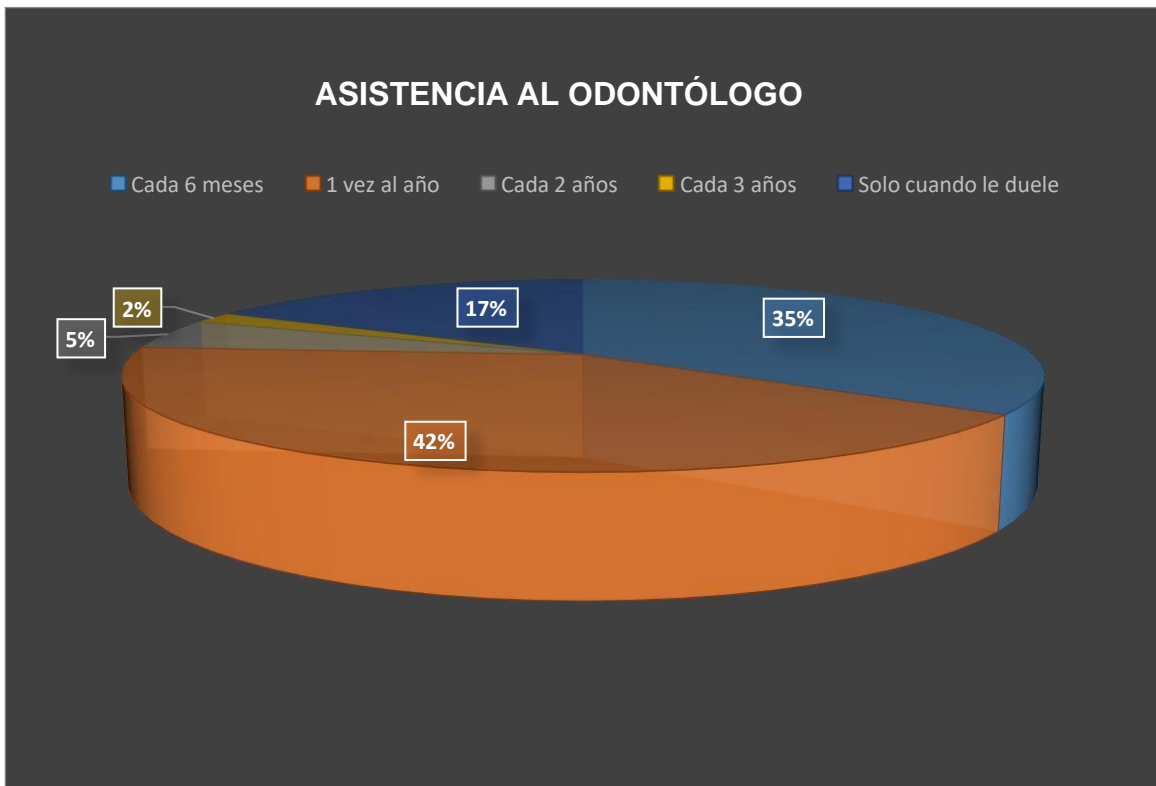
Gráfica N°10 Distribución de las texturas que prefieren los estudiantes al comer, según la población encuestada del PEP del IPHE, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

De los 118 encuestados la respuesta que se mostró con mayor predominancia fue “todos por igual,” con un total de 47 respuestas. Lo que nos lleva a concluir que gran parte de esta población no mantiene dificultades sensoriales y aceptan todo tipo de texturas. Cabe destacar que, aunque exista una minoría con dificultades sensoriales, se puede llegar a desencadenar otras problemáticas, por eso es importante brindar recomendaciones a los padres de familia sobre como introducir todo tipo de textura y que sean aceptadas por parte del niño.

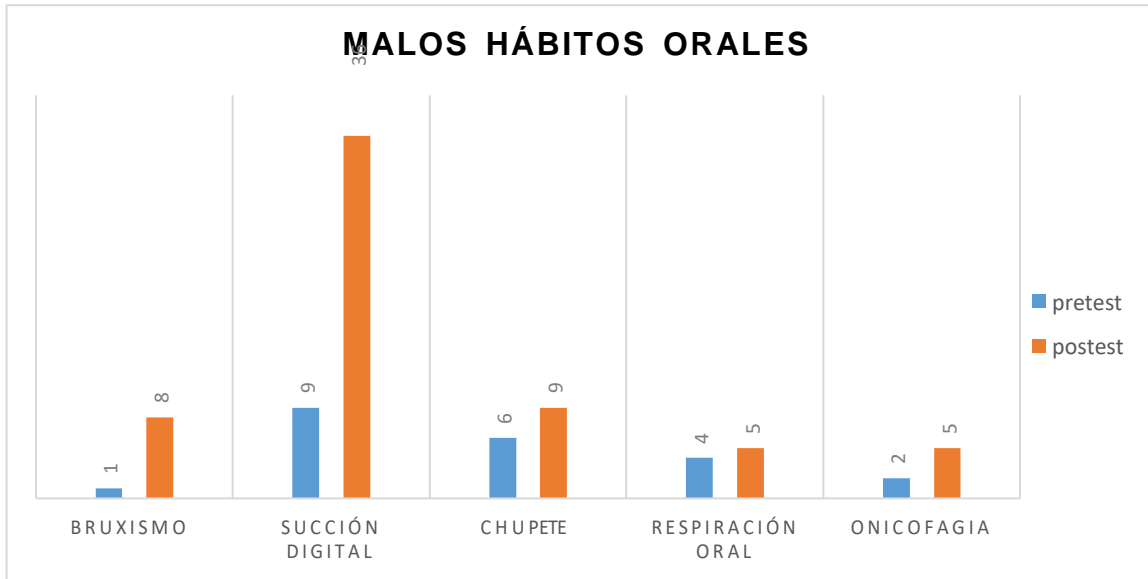
Gráfica N°11 Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, donde indican el periodo que acuden a las citas de odontología de sus hijos, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

De los 118 encuestados, los padres de familia afirmaron que llevan a sus hijos al odontólogo 1 vez al año; con un total de respuestas de 49, dando como resultado 42%. A pesar de que una vez al año fue el más destacado, un 35% afirmó llevar a sus hijos cada seis meses, siendo esto lo ideal. A pesar de no ser del ámbito fonoaudiológico, se debe llevar a cabo un trabajo multidisciplinario, por eso la necesidad de que los padres de familia lleven un control para descartar a futuro alteraciones a nivel oral.

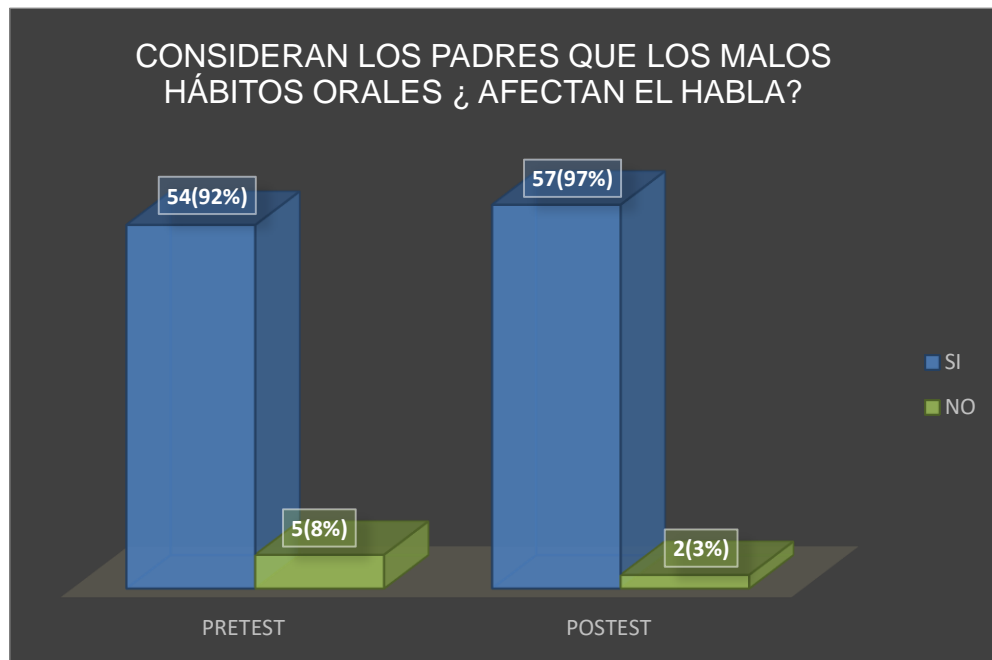
Gráfica N°12 Distribución de los malos hábitos orales que conocen los padres de familia encuestados del PEP del IPHE, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

De la población en total (118) solo 59 padres de familia respondieron el pretest y el postest. Del pretest solamente 32 nombraron 2 malos hábitos orales que conocían, donde las respuestas más visibles fueron “succión digital” con un total de 9 respuestas y “chupón” con un total de 6 respuestas. Sin embargo, al aplicar el postest aumentó a 36 los que nombraron 2 malos hábitos, donde las respuestas más notables fue “Chuparse el dedo” con un total de 36 respuestas y “Chupón” con un total de 9 respuestas. Se puede notar que, aunque muchos mencionaron otros malos hábitos orales después de la docencia, seguían siendo prevalente la succión digital y el chupón, siendo estos los más conocidos.

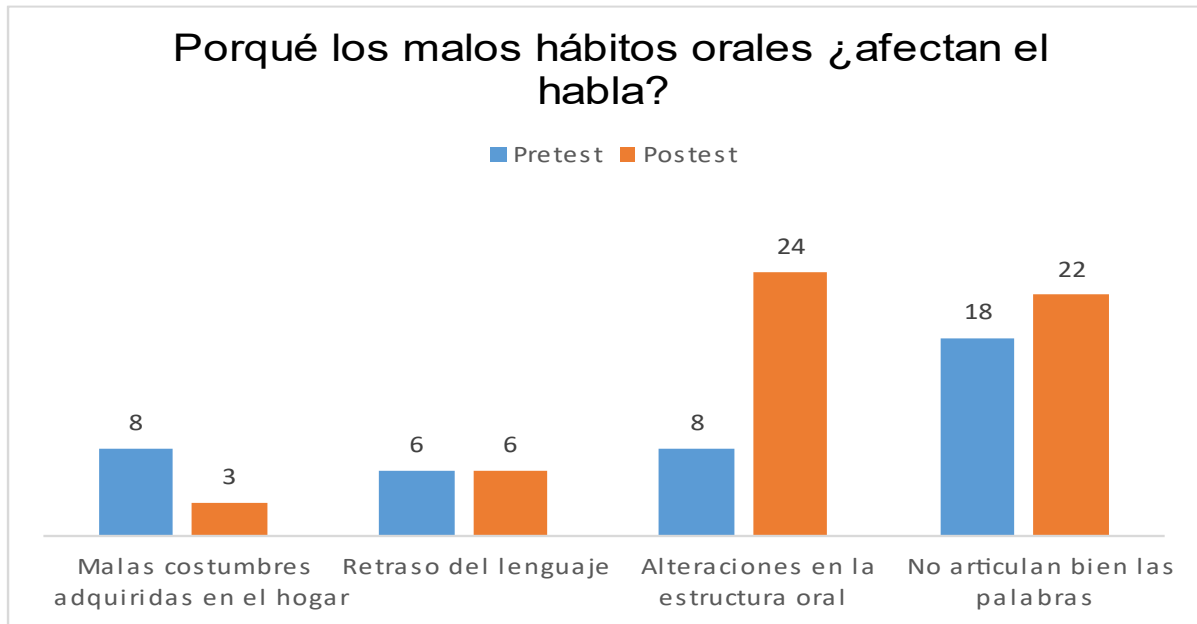
Gráfica N°13 Distribución de la opinión de los padres de familia del PEP del IPHE, sobre el impacto de los malos hábitos orales en el habla, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

De la población en total (118) solo 59 padres de familia respondieron el pretest y el postest. Del pretest 54 afirmaron que se produce una afectación en el habla por los malos hábitos orales, lo que representa el 92%. Mientras que en el postest 57 contestaron que sí, dando como resultado el 97%. Se puede destacar que la población encuesta conoce el impacto que pueden tener los malos hábitos orales en el habla, siendo así positivo ya que esto puede llegar a disminuir la presencia de estos malos hábitos. De igual forma no se descarta la idea de seguir brindando orientaciones acerca de las consecuencias que pueden provocar estos mismos.

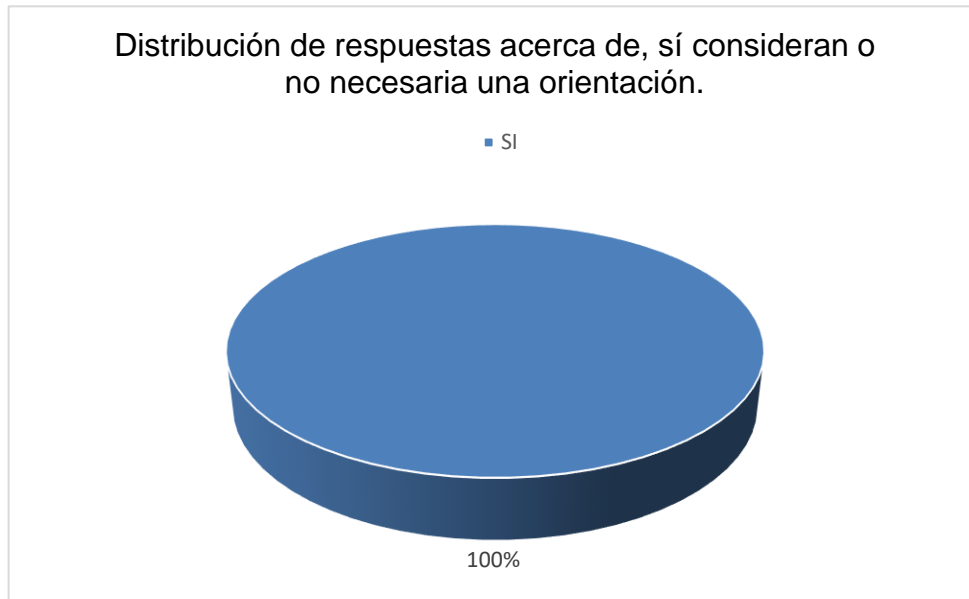
Gráfica N°14 Distribución de la justificación de los padres de familia del PEP del IPHE, sobre porqué los malos hábitos orales sí afectan el habla, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

De los 54 padres de familia que respondieron “sí”, 18 afirmaron que se producirá problemas en la articulación de las palabras, lo que corresponde a un 33%. Por otra parte, en el Postest 24 padres de familia afirmaron que el habla se verá afectado por la alteración de la estructura oral, lo que corresponde a un 42%. En este cuadro se evidencia que la respuesta mejoró luego de la docencia, ya que, al inicio pensaban que solo eran problemas para articular, pero luego contestaron que son alteraciones en toda la estructura oral y que puede ir más allá de la producción de palabras.

Gráfica N°15 Distribución de la opinión de los padres de familia del PEP del IPHE encuestados, sobre recibir orientación acerca de los malos hábitos orales, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

Los 118 encuestados afirmaron que era necesario recibir orientación acerca de los malos hábitos orales, lo que representa el 100%. Esto evidencia que los participantes están conscientes de la necesidad de recibir orientaciones sobre estos temas, es importante dejar padres de familia más informados ya que esto permitirá trabajar adecuadamente de la mano con ellos, y que ellos conozcan de manera clara y consciente la problemática que pueda estar presentando su hijo, de esta forma contribuir a la mejora de su acudido.

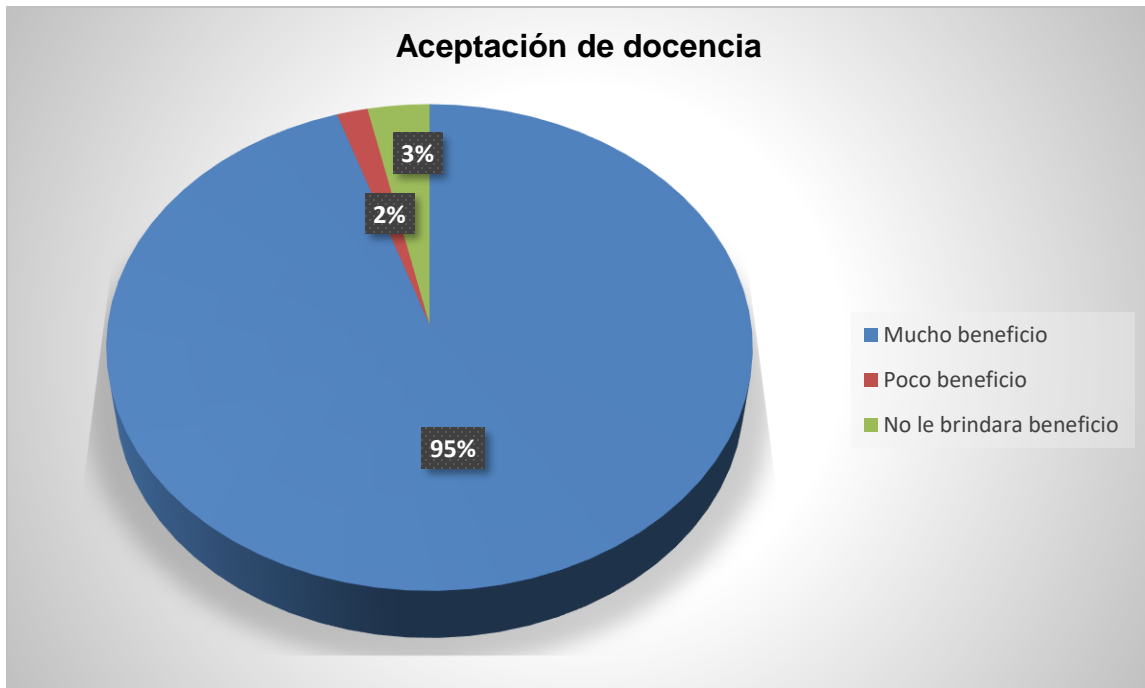
Gráfica N°16 Distribución de respuestas de los padres de familia del PEP del IPHE encuestados, sobre si estaban dispuestos a participar en docencia sobre los malos hábitos orales, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

Del total de los encuestados 111 afirmaron que participarían en la docencia sobre los malos hábitos orales; representando un 94%. La mayoría de los encuestados estuvieron dispuestos a recibir las orientaciones. Se puede notar la disponibilidad que tienen los padres de familia de recibir todo tipo de información que pueda contribuir con la mejora de sus hijos.

Gráfica N°17 Distribución de la opinión de los padres de familia del PEP del IPHE encuestados, sobre el beneficio de recibir orientación acerca de los malos hábitos orales, durante los meses de febrero a abril 2021.



Fuente: Datos obtenidos de la población encuestada del PEP del IPHE de febrero a abril del 2021.

Del total de los encuestados 56 indicaron que la docencia le resultó de mucho beneficio, representando el 95%. Por lo tanto, se destaca que es necesario continuar brindando orientaciones a los padres de familia sobre estos temas, ya que se pudo evidenciar anteriormente la importancia y la disponibilidad de los padres de familia de recibir las docencias que son de beneficio tanto para los cuidadores como para los niños.

CONCLUSIONES

A través del proyecto se logró completar el objetivo general y los objetivos específicos, gracias al análisis de los resultados, y de esta manera brindarles las distintas conclusiones.

A continuación, se detallarán las conclusiones en base a los objetivos:

- Se logró orientar a 118 padres de familia, de los cuales el 5% de ellos fue del sexo masculino y el 95% del sexo femenino. El 23% de estos se encuentra entre los 21 a los 25 de años (siendo padres jóvenes).
- Se pudo evidenciar los conocimientos previos de los padres de familia sobre los desórdenes miofuncionales orofaciales. Concluyendo con que según la gráfica N° 3, el 49% de los encuestado indicaron desconocer el concepto de malos hábitos orales. Entre las características que más señalaron los padres realizan sus hijos/as se encuentran: dificultades al hablar 83%, duerme con la boca abierta 39%, muerde objetos 34%, muerde la ropa y se come las uñas 27%.
- 26 de los 59 padres de familia que respondieron ambos test, indicaron que sus hijos presentaban algún mal hábito oral (gráfica N°5). Entre los más comunes se encuentran: bruxismo, onicofagia y succión digital y de chupón, esto se puede evidenciar en la gráfica N°12.
- Continuando, Del total de los encuestados 111 afirmaron que participarían en la docencia sobre los malos hábitos orales; representando un 94%, esto se muestra en la gráfica N°16. La mayoría de los encuestados estuvieron de acuerdo a recibir las orientaciones, lo que nos lleva a concluir que estarían dispuestos en el futuro a recibir talleres que puedan brindarles la ayuda para erradicar los malos hábitos orales en sus hijos. Tras los datos mostrados anteriormente, se deduce la importancia de las docencias que deben ser brindadas a los padres de familia.

RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones que se les puede dar a los padres de familia se encuentran:

- Brindar orientación a los padres de familia acerca de los malos hábitos orales.
- Ofrecer a los padres de familia una guía que les permita identificar de manera prematura estos malos hábitos orales.
- Mantener un contacto permanente con las escuelas, para darles seguimiento a aquellos niños que presentan malos hábitos orales.
- Brindar información a los padres de familia acerca de las especialidades encargadas de intervenir en estas áreas.

LIMITACIONES

Las limitaciones que se pudieron encontrar en el desarrollo de esta investigación están:

- Dificultad en conexión vía internet con los padres de familia.
- Complicación a la hora de contactar a los padres de familia.
- Inconveniente al momento de tomar el transporte público por parte de las encargadas del proyecto, debido a la pandemia.
- Dificultad en el uso de algunas plataformas, por parte de los padres de familia para brindar las orientaciones.
- Problemas por parte de los padres de familia para ingresar a los links de las encuestas.
- Problemas a la hora de contestar las encuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, G., Fernández, A., Gamba, S., Vila, J., & LastNameLastNameLastNameLastNameLastNameLastNameLastNamePere lló, E. (2013). *TRASTORNOS DEL HABLA Y DE LA VOZ*.
- Aguilera, S., Castro, C., Rivas, M., & Rubio, C. (2012). *Descripción de Órganos Fonoarticulatorios y Funciones Orofaciales de los Estudiantes de Interpretación Musical, Mención Vientos Caña Simple y Bisel*.
- Agurto V., P., Díaz M., R., Cádiz D., O., & Bobenrieth K., F. (1999). 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. *Revista Chilena de Pediatría*, 70(6), 470–482. <https://doi.org/10.4067/s0370-41061999000600004>
- Alarcón, A. (2013). *Deglución atípica - Revisión de la literatura*. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art-20/>
- Albert, M. (2017, November 6). *Qué es el Síndrome de Respiración Bucal | ORTOFON :: Centro de Logopedia, Psicología Clínica y Psicopedagogía*. <https://www.logopediapsicologia.com/logopedia/que-es-el-sindrome-de-respiracion-bucal/>
- Alcalde, J. (n.d.). *Disfunción Articulación Temporomandibular (ATM). Síntomas y tratamiento.CUN*. Retrieved June 14, 2021, from <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/disfuncion-articulacion-temporomandibular>
- Álvarez, I., Lescaille, Y., Mora, C., Pieri, K., & González, B. (2013, August). *Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000400005

Álvarez, R., Bolasco, A., Buño, A., Lugaro, A., Pascuali, L., & Santos, M. (2010). *¿Son las maloclusiones un problema de salud pública en el Uruguay?* <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/actasodontologicas/article/view/1079/1061>

Angulo, S. (2012, May 15). *La terapia miofuncional y sus instrumentos. Un avance profesional apl.* <https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/2406/la-terapia-miofuncional-y-sus-instrumentos-un-avance-profesional-aplicable-en-las-areas-de-accion-del-fonoaudiologo-iii.html>

Araya, Y., & Hernández, H. (2012). MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS y LA PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA NECESIDAD DE UNA INTERCONSULTA CON EL ORTODONCISTA A TEMPRANA EDAD. In *Rev. Cient. Odontol* (Vol. 8, Issue 2).

ASHA. (n.d.-a). *¿Qué es el Lenguaje? ¿Qué es el Habla?* Retrieved October 11, 2020, from <https://www.asha.org/public/speech/development/que-es-el-lenguaje/>

ASHA. (n.d.-b). *Trastornos miofuncionales orofaciales: descripción general.* Retrieved August 3, 2020, from <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589943975§ion=Overview>

Barreto, J. F. (1999). Colombia Médica Sistema estomatognático y esquema corporal. In *Colombia Med* (Vol. 30, Issue 4).

Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C., Palacios, E., Ventocilla, M., Castro, A., Huapaya, O., Álvarez, M., Paulino, W., & Espetia, A. (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.*

Benavente, M. (2019, May 29). *Terapia miofuncional. Aplicaciones y características.* <https://revistadigital.inesem.es/biosanitario/terapia->

miofuncional/

Borrás, S., Talens, T., Monleón, C., & Rosell, V. (2005). *GUÍA PARA LA REEDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA Y TRASTORNOS ASOCIADOS*. www.naullibres.com

Botero Hernández, J. A., Camargo Rojas, A. P., & Espinosa García, E. T. (2017). Síndrome de Moebius: manifestaciones neurológicas, musculoesqueléticas y del lenguaje. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 26(2), 109–112. <https://doi.org/10.1016/j.reper.2017.06.001>

Bratos, P. (2019a, March 13). *Prognatismo mandibular: causas y tratamiento* | Ferrus & Bratos. <https://www.clinicaferrusbratos.com/mordida/prognatismo-mandibular/>

Bratos, P. (2019b, September 5). *✓ Tratamientos para la clase II (niños y adultos)* | Ferrus&Bratos. <https://www.clinicaferrusbratos.com/mordida/tratamiento-clase-ii/>

Cab, A., Campechano, E., Flores, Y., López, C., Zamora, R., Reyes, A., & Vaillard, E. (2012). *Dislalia asociada a hábitos orales - medigraphic.com*. 41, 865–869. <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=46094>

Cabarcas, E., Fuentes, M., & Martínez, E. (2017). *CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES QUE TIENEN LOS PADRES DE NIÑOS CON HÁBITOS ORALES INADECUADOS EN CARTAGENA*. [http://45.5.172.45/bitstream/10819/6181/1/Conocimiento y actitudes que_Emily De Ávila_2018.pdf](http://45.5.172.45/bitstream/10819/6181/1/Conocimiento_y_actitudes_que_Emily_De_Ávila_2018.pdf)

Cabo, R., Grau, I., & Lorenzo, A. (2016). Apuntes sobre el envejecimiento del sistema estomatognático. *Medisurdisur*, 14(3), 307–312.

Cáceres, A. (1999). *Neurolingüística: aspectos conceptuales*. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neurologia/v05_n1/neurolingüística.h

tm

- Caffo, E. (2017). *Músculos masticadores*.
<http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1489/TRAB.SU.F.PROF.RICALDI.CAFFO%2C.ELIZABETH.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Campos, R. (2014, March 15). *La evaluación miofuncional (Parte I) - espacioLogopedico*.
<https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/2788/la-evaluacion-miofuncional-parte-i.html>
- Capote, M., & Campeyo, L. (2012). *Importancia de la familia en la salud bucal*.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100007
- Carrillo, V., & Brito Leal, L. (2020). Rehabilitación del Sistema Estomatognático: Necesidad de un trabajo integrado entre odontólogos y fonoaudiólogos. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 1–3.
<https://doi.org/10.32457/ijmss.v7i3.595>
- Castañeda, P. (n.d.-a). *El Habla y Los Retrasos en su Desarrollo*. Retrieved October 8, 2020, from https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/Leng_Niño/El_Hab_y_Retra_desarro.htm
- Castañeda, P. (n.d.-b). *Los Elementos Fonéticos del Lenguaje Verbal*. Retrieved October 11, 2020, from https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_niño/los_elem_fone_leng_verb.htm
- Castañeda, P. (n.d.-c). *Naturaleza de la Adquisición del Habla*. Retrieved February 11, 2021, from https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_niño/Nat_adq_habla.htm

- Cavero, A. (2013). *Comportamiento de las interferencias oclusales dinámicas de pacientes bruxomanos como causantes de daños musculares y articulares*. <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/ALEXEDUARDOCAVEROAGUIRRE.pdf>
- Cervantes, S. (2018). *PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, LAS MERCEDES - SALCEDO*.
- Chamorro, A. F., García, C., Mejía, E., Viveros, E., & Soto, L. (2012). Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. *CES Odontología*, 29, 1–11. <https://doi.org/10.2514/3.58842>
- Cid, P. (2019, September 1). *SÍNDROME DE DOWN: HABLA, LENGUAJE Y COMUNICACIÓN* | *PsiKids*. <https://psikids.es/sindrome-de-down-habla-lenguaje-y-comunicacion/>
- Cisneros, G., & Hernández, Y. (2011). *La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013
- Cisneros, N. (2016, July). *Análisis teórico del efecto de la caries dental y malos hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en niños de 6 a 15 años que inducen al tratamiento de ortopedia y ortodoncia*. <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5707/1/126261.pdf>
- clinicaZM. (2020). *Causas, consecuencias y tratamiento de los malos hábitos orales durante la infancia* | *ZM Centro de Odontología Avanzada Toledo - Dentistas Toledo y Argés*. <https://www.clinicazm.com/2020/08/25/causas-consecuencias-y-tratamiento-de-los-malos-habitos-orales-durante-la-infancia/>
- Collado, M. (2020, April 15). *Alteraciones del habla y malos hábitos orales*. <https://www.cuartodecontadores.es/2020/04/alteraciones-del-habla-y-malos->

habitos.html

Córdoba, S. (2020). *Tesis Alteraciones en la Motricidad Orofacial en Niños De 3 A 11 Años atendidos en el Servicio de Fonoaudiología de la Clínica Comunitaria UDELAS en San Miguelito durante los meses de octubre y noviembre del 2019.*

De La Torre. (2016, February 17). *La Motricidad Orofacial - Terapia miofuncional* . <https://www.logopediaenmadrid.es/terapia-miofuncional/>

Desconocido. (n.d.). *¿Qué es la micrognatia?: causas y tratamiento | Colgate®.* Retrieved February 22, 2021, from <https://www.colgate.com/es-co/oral-health/mouth-and-teeth-anatomy/what-is-micrognathia>

Desiraju, M. (2018). *Dejar el biberón (para Padres) - Nemours KidsHealth.* <https://kidshealth.org/es/Parents/no-bottles-esp.html>

Díaz, K., Duarte, L., & Plata, C. (2016). *DESCRIPCIÓN DE HÁBITOS ORALES PARAFUNCIONALES EN NIÑOS ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DEL NIÑO DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS.*

Edo, B. (2013). *Análisis acústico de los sonidos laterales en el habla espontánea del español* . <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/47425/1/AnalisisAcusticoDeLosSonidosLateralesEnElHablaEspontaneaDelEspañol.pdf>

Esparza, R., & Castillo, C. (2016). *RELACIÓN ENTRE DESEMPEÑO ARTICULATORIO, ESTADO DE LOS ÓRGANOS FONARTICULATORIOS Y HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN ESCOLARES DE 6 A 8 AÑOS 11 MESES, ASISTENTES A ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL COLEGIO PACIFIC SCHOOL DE LA COMUNA DE CHIGUAYANTE, CONCEPCIÓN, AÑO 2016.* <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1285/Documento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Estomatognático, D. E. L. S., Entre, R., & Gil, L. C. (2013). *Alteraciones dentomaxilares y orofuncionales del Sistema Estomatognático: Relación entre Logopedia y Odontología*.

Franco Varas, V., Gil, B. G., García Izquierdo, F., & Franco, V. (2012). *Original Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal*. www.pap.es

Fuentes, F. (2018). Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. . In *Revista ADM* (Vol. 75, Issue 4). www.medigraphic.com/adm

Fuenzalida Cabezas, R., Hernández Mosqueira, C., & Perez Serey, J. (2017). Alteraciones estructurales y funcionales del sistema estomatognático. *Areté*, 17(1), 31–41. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.17105>

García, C. (2017, July). *Hábitos de succión no nutritiva: chupete y succión digital*. <https://hospitaldenens.com/es/guia-de-salud-y-enfermedades/succion-no-nutritiva/>

Giugliano, C., & Gantz, J. (2016, April). *Revista Pediatría Electrónica*. <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num1/7.html>

Gómez, R., & Lara, R. (2008). Incidencia de labio y paladar hendido en México: 2003-2006. In *www.medigraphic.com Revisión: Vol. LXV* (Issue 6). www.medigraphic.com

González, P. (2020, March 12). *7 consejos para evitar que el niño se chupe el dedo - Eres Mamá*. <https://eresmama.com/7-consejos-evitar-nino-se-chupe-dedo/>

GONZALEZ ULLOA, M. (1949). El tratamiento de la fisura labiopalatina. *Sugestiones*, 14(163), 25–32. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(10\)70501-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(10)70501-0)

Grandi, D. (2013, September 18). *La TERAPIA MIOFUNCIONAL y el área de*

MOTRICIDAD OROFACIAL. <http://www.ild.es/blog/?p=250>

Guardado, A. (2018, May 24). *Bruxismo: a qué se debe y cómo puedes aliviar la tensión.* <https://fisiomarket.com/blog-de-fisioterapia/como-aliviar-el-bruxismo-consejos/>

Guerrero, C., Marín, D., & Galvis, Á. (2013, August 5). *Evolución de la patología oclusal: Una revisión de la literatura.* <http://joralres.com/index.php/JOR/article/view/joralres.2013.017/41>

Haces, M., Mora, C., Cruz, N., & Alvarez, I. (2009, February 20). *Intervención educativa aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales.* <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020302010.pdf>

Herrero, Y., & Arias, Y. (2019). *Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones.* http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300580

Hontanilla, B. (n.d.). *Parálisis facial: Síntomas, diagnóstico y tratamiento.* *Clínica Universidad de Navarra.* Retrieved February 26, 2021, from <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/paralisis-facial#:~:text=La parálisis facial consiste en,principales músculos de la cara>

Huanca, A. (2017, February 14). *Diferencias entre el trastorno fonético y trastorno fonológico.* <https://revistadigital.inesem.es/educacion-sociedad/trastorno-fonetico-fonologico/>

Hutton, T. (2010). *Entrenamientos de Motricidad Oral en el Hogar .* www.superduperinc.com

Jimenez, M. (2011). *EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN Y SOPLO.*

Kumin, L. (n.d.). *Artículo Profesional: El habla de los niños con síndrome de Down - El Síndrome de Down.* Retrieved October 11, 2020, from <https://www.down21.org/revista-virtual/1734-revista-virtual-2017/revista->

virtual-sindrome-de-down-agosto-2017-n-195/3100-el-habla-de-los-ninos-con-sindrome-de-down.html

- Learning, M., & Cookbook, R. (n.d.). *Procesos motores básicos del habla*. 4–6.
- Leiva, S., Difalcis, M., López, C., Margulis, L., Micciulli, A., Abusamra, V., & Ferreres, A. (2017). Disociaciones entre prosodia emocional y lingüística en pacientes con lesiones cerebrales del hemisferio derecho. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 23(2), 213–234. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n2.04>
- Lescas, O., Hernandez, M., Sosa, A., Sánchez, M., Ugalde, C., Ubaldo, L., Rojas, A., & Ángeles, M. (2012). *Trastornos temporomandibulares*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un121b.pdf>
- Losada, T. (2017, December 7). *Trastornos del habla: síntomas, cómo diagnosticar y verlo*. <https://muysaludable.sanitas.es/padres/hijo-aun-no-habla/>
- Malpica, L. M., & Roque, G. S. (2019). Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños entre 6 y 11 años Education Intervention about deforming oral habits in children between 6 and 11 years old. *Revista Progaleno Vol 2(3)2019*, 2(3), 164–174.
- Marchesan, I. (n.d.). *Deglución, diagnóstico y posibilidades terapéuticas*. Retrieved February 26, 2021, from <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/deglucion.pdf>
- Márquez, S. (2015). *Alteraciones miofuncionales*. <http://soniamarquezlogopeda.blogspot.com/p/alteraciones-miofuncionales.html>
- Martín, E. (2010). ¿Cuáles son las alteraciones del habla más frecuentes? *Pedagogía Magna*, 8, 100–107.
- Martínez, A., Martínez, I., García, B., Fernández, R., Marín, A., & Bailón, C.

- (2011). *Distracción ósea: tratamiento de la apnea obstructiva en neonatos con micrognatia*.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582011000200003
- Martínez, F. (2016). *Anatomía funcional, topográfica y quirúrgica de la cabeza y cuello: Musculatura de la cavidad bucal*.
http://www.esorib.com/articulos/Anatomia Funcional_2.pdf
- Martínez, P. (2018, September 14). *Problemas sensoriales en la alimentación del niño*. <https://www.redcenit.com/problemas-sensoriales-en-la-alimentacion-del-nino/>
- Mateos, R., & López, C. (n.d.). *Dificultades de aprendizaje. Problemas de diagnóstico tardío o del infradiagnóstico*.
- Medina, C., Laboren, M., Vilorio, C., Quirós, O., D'Jurisic, A., Alcedo, C., Molero, L., & Tedaldi, J. (2010). *Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocusiones en niños con dentición primaria*.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
- Meliá, Á. (2019, February 26). *Cómo tratar el bruxismo. Ejercicios para relajar la mandíbula. | Fisiocenter | Fisioterapia y recuperación deportiva Castellón*.
<http://fisiocentercs.com/bruxismo-relajar-mandibula/>
- Merchante, A. (n.d.). *MOTRICIDAD OROFACIAL*. Retrieved June 13, 2021, from <https://centrodelogopedia.es/motricidad-orofacial>
- Milanés, A., Martínez, N., Trujillo, S., Diaz, M., & Silvera, O. (2016). *Nivel de conocimientos sobre salud bucal en los tutores y trabajadores del círculo infantil Mario Alarcón, Bayamo, 2014-2015*.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul166k.pdf>
- Miralles, L., & Carrera, R. (n.d.). *Trastorno Fonológico: síntomas, evaluación y tratamiento*. Retrieved February 24, 2021, from

<https://orientacionpsicologica.es/trastorno-fonologico-dsm-v-sintomas/>

Miranda, F. (2019). *Músculos de la expresión facial*.
<https://www.mirandafisioterapia.com/post/musculos-de-la-expresion-facial>

Monasterio A., L., Ford M., A., & Tastets H., M. E. (2016). FISURAS LABIO PALATINAS. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(1), 14–21.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.01.003>

Montenegro, M. (n.d.). *Salud bucal en los niños: ¿cómo cambiar los malos hábitos?* - *Odontología UC - Facultad de Medicina*. Retrieved June 4, 2021, from <https://odontologia.uc.cl/vinculos-con-la-sociedad/consejo-bucal/consejo-salud-bucal-mayo-2018/>

Nieto, S. (n.d.). *Retrognatismo Mandibular | Plastica Colombia*. Retrieved February 20, 2021, from <https://plasticacolombia.com/sonrisa/ortognatica/retrognatismo.php>

Ocampo, A., Johnson, N., & Lema, M. (2014). Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. *Revista Nacional de Odontología*.
<https://doi.org/10.16925/od.v0i0.434>

Olaechea Ramos, M. A., Sovero Gaspar, A., & Gutiérrez-Ventura, F. (2018). Evaluación anatómica del paladar blando mediante resonancia magnética. Artículo de revisión. *Revista Estomatológica Herediana*, 28(3), 201.
<https://doi.org/10.20453/reh.v28i3.3398>

Padró, A. (n.d.). *Frenillo lingual corto o anquiloglosia | Alba Lactancia Materna*. Retrieved February 22, 2021, from <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/frenillo-lingual-corto-anquiloglosia/>

Papa, Y. (2014). *Consejos, recomendaciones y remedios para no morderse las uñas - Mejor con Salud*. <https://mejorconsalud.as.com/consejos-recomendaciones-y-remedios-para-morderse-las-unas/>

- Parra-Iraola, S. S., & Zambrano-Mendoza, A. G. (2018). Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. *International Journal of Odontostomatology*, 12(2), 188–193. <https://doi.org/10.4067/s0718-381x2018000200188>
- Pérez, N., & López, M. (2002). *Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad: Diagnóstico y tratamiento*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000300002
- Podadera, Z., Flores, L., & Rezk, A. (2013). *Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400014
- Prieto, P. (n.d.). *Las 24 partes de la lengua (características y funciones)*. Retrieved November 26, 2020, from <https://medicoplus.com/ciencia/partes-lengua>
- Rahal, A. (n.d.). *Uso de ejercicios orofaciales en la terapia miofuncional*. Retrieved October 4, 2020, from <https://cpal.edu.pe/blog/uso-de-ejercicios-orofaciales-en-la-terapia-miofuncional/>
- Reni Muller, K., & Piñeiro, S. (2014). Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 380–388. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70050-1](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70050-1)
- Restrepo, C., Quintero, Y., Tamayo, M., & Tamayo, V. (2008, April). *Vista de Efecto de la posición craneocervical en las funciones orales fisiológicas*. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/55/45>
- Revuelta, R. (2009). La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: desarrollo, patologías y cuidados. *Perinatología y Reproducción Humana*, 23(2), 82–89.
- Rodríguez, C. (2018). *Integración sensorial en los procesos de habla y*

comunicación.

Rodríguez, M. (n.d.). *Escuela Profesional De Educación Inicial Revista Virtual " Perspectivas En La Primera Infancia " -N°4 EJERCICIOS OROFACIALES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DEL LENGUAJE ORAL.* 1–24.

Roldán, M. (2020, March 23). *¿Cómo hacer que el niño deje el biberón? - Eres Mamá.* <https://eresmama.com/nino-deje-biberon/>

Salas, E., Barrios, Z., Simancas, Y., Ablan, L., Ram, P., & Prato, R. (2015). *Anomalías Dentarias en Niños con fisura labio palatina. Revista Odontológica de Los Andes, 10(2), 4-9–9.*

San Martín, C. M., Villanueva, J. M., & Labraña, G. (2002). *Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor (Parte II) Changes in the Stomatognathic System in the Elderly Patient (Part II).*

Sánchez, D. (2020, March 25). *Músculos de la cara y sus funciones .* <https://www.logopediaymas.es/blog/musculos-de-la-cara/>

Sepúlveda, G., Palomino, H., & Cortés, J. (2008). *Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile.* http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582008000100002

Serrano P., C. A., Ruiz R., J. M., Quiceno B., L. F., & Rodríguez G., M. J. (2009). *Labio Y/O Paladar Hendido: Una Revisión. UstaSalud, 8(1), 44.* <https://doi.org/10.15332/us.v8i1.1180>

Silva, A. (2011, April 15). *Trastorno fonológico (parte III) - espacioLogopedico.* <https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/2227/trastorno-fonologico-parte-iii.html>

Simoës, N. (2015). *Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la*

- literatura*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2/>
- Sologuren, N. (2009). *Anatomía de la vía aérea*. 1, 78–83.
- Sosa, S. (n.d.). *Huesos de la Cara: Funciones y Descripción*. Retrieved February 13, 2021, from <https://www.lifeder.com/huesos-cara/>
- Susaníbar, F., Huamaní, O., & Dioses, A. (2013). ADQUISICIÓN FONÉTICA-FONOLÓGICA PHONETICS-PHONOLOGICAL ACQUISITION. In *Rev. digit. EOS Perú Instituto Psicopedagógico EOS Perú ISSN Electrónica* (Vol. 1, Issue 1).
- Susanibar, F., Marchesan, I., & Santos, R. (2016). 17 DE FEBRERO DIA DE LA MOTRICIDAD OROFACIAL Historia y Prospectivas. *Revista Signos Fónicos, Suplemento*.
- Taillefer, L. (n.d.). *SÍNDROMES*. Retrieved October 11, 2020, from <https://ecplusproject.uma.es/sites/default/files/guide-esp.pdf>
- Velán, O., & Boccio, C. M. (2014). La faringe The pharynx. In *REVISTA FASO AÑO* (Vol. 21).
- Velayos, J. (n.d.). *Anatomía de la Cabeza para odontólogos*. Retrieved February 13, 2021, from <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=AJIrrMjBPRcC&oi=fnd&pg=PA40&dq=paladar+oseo+anatomia&ots=rreDlyu0Ex&sig=DI3hSH-LOCHU45dvVGpQbZUjYok#v=onepage&q=paladar+oseo+anatomia&f=false>
- Vieira, D. (n.d.). *¿Qué es la maloclusión? Causas, tipos y Tratamiento*. Retrieved February 26, 2021, from <https://www.propdental.es/ortodoncia/maloclusion/>
- Vilches, V. (2016, August 16). *Funciones del Sistema Estomatognático*. <https://veronicavilchesroj.wixsite.com/veronicavilchesfono/post/2016/08/16/funciones-del-sistema-estomatognatico>

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las estudiantes Joseline Díaz y María Del Mar Piedrahita de la Licenciatura en Fonoaudiología, de la Universidad Especializada De Las Américas, sede Panamá. Estamos llevando a cabo una investigación acerca de “Proyecto educativo del desorden miofuncional orofacial, dirigido a padres de familia de los PEP del IPHE, nov. a dic. 2020”. Esta investigación es escasa en nuestro país, se les brindará información para que puedan participar de este proyecto.

Descripción del proceso

El presente proyecto tiene como “objetivo” orientar a los padres de familia de los PEP del IPHE sobre la detección temprana de los desórdenes miofuncionales orofaciales. Para la ejecución de este proyecto se les van a realizar unas charlas, donde se les presente a los padres un pre y un post test acerca del tema tratado.

Duración

Iniciando se espera construir una encuesta vía Google, donde se enviará a cada padre el pre-test, se espera ser recibido 1 o 2 días después de enviado. Con respecto a las charlas tendrán una duración de 35 min, aproximadamente. Para finalizar, el mismo día se enviará el post-test que espera ser recibido de igual manera 1 o 2 días después.

Efecto secundario riesgo

En la realización de este proyecto los participantes no se verán afectados.

Beneficios

Nos permitirá conocer el aprendizaje de los padres familia acerca de los hábitos nocivos, orientándolos a una detección temprana y reaccionar a tiempo ante alguna alteración o dificultad.

Confidencialidad

En esta investigación se mantendrá oculta la participación de todos los participantes, los datos y toda la información adquirida por medio de este proyecto

se mantendrá de manera confidencial y solo las investigadoras tendrán conocimiento acerca de esta investigación.

Derecho a negarse o retirarse

El participante podrá abandonar el proyecto si así él lo desea o en el momento en que lo desee, es parte de su decisión, respetando sus derechos.

Luego de leer la información proporcionada y comprender que tengo la disponibilidad de retirarme cuando lo desee, acepto participar voluntariamente de este proyecto.

Estoy de acuerdo en participar en el proyecto:

SI _____ **NO** _____

Nombre _____

Fecha _____

Nombre de las investigadoras:

—

Fecha: _____

ANEXO N°2

ENCUESTA

Encuesta: "Motricidad orofacial".

Pretest



Universidad Especializada de las Américas

Encuesta sobre Motricidad Orofacial

- 1. Selecciones su género M____F____**
- 2. Indique con un gancho el rango de edad en que se encuentra:**
 - 15-19____
 - 20-25____
 - 26-30____
 - 31-35____
 - 36-40____
 - 41-45____
 - 46-50____
 - 51-55____
 - 56+_____
- 3. ¿Cuál es su nivel educativo?**
 - a) No fui a la escuela.
 - b) Hasta primaria.
 - c) Hasta primer ciclo
 - d) Hasta sexto año.
 - e) Universidad.
 - f) Egresado del IPHE.
- 4. ¿Cuál es su ingreso familiar mensual?**
 - a) Menos de 300
 - b) 300-500
 - c) 500-700
 - d) 700-1,000
 - e) Más de 1,000
- 5. ¿Cuál es su profesión actual?**
 - a) Ama de casa.
 - b) Educador.

- c) Personal de la salud.
- d) Construcción.
- e) Administración.
- f) Otros _____

6. ¿Sabe usted qué son los malos hábitos orales?

NO _____ SI ___ Defina brevemente:

7. Si su respuesta anterior fue positiva, indique 2 malos hábitos orales que usted conozca:

- a) _____
- b) _____

8. ¿Cree usted que los malos hábitos orales ocasionan alteraciones en el habla de los niños?

SI _____ ¿Por qué sí?: _____

NO _____ ¿Por qué no? _____

9. De las siguientes acciones, indique cuáles son las que realiza su acudido (puede elegir más de una):

- a) Muerde la ropa.
- b) Muerde objetos.
- c) Se come las uñas.
- d) Duerme con el dedo en la boca.
- e) Duerme con la boca abierta.
- f) Se babea frecuentemente
- g) Babea la almohada cuando duerme.
- h) Se chupa el labio.
- i) Se chupa la lengua.
- j) Mantiene la lengua afuera todo el tiempo.
- k) Aprieta y frota los dientes al mismo tiempo mientras duerme.
- l) Ronca habitualmente mientras duerme.
- m) Respira por la boca frecuentemente.
- n) Mantiene ojeras todo el tiempo
- o) Mala postura al caminar (jorobado)
- p) Presenta dificultades al hablar
- q) Mantiene todas las conductas.
- r) No mantiene ninguna de las conductas.

10. ¿Su hijo/a aún se alimenta con biberón?

SI NO ¿ A qué edad lo dejó? _____

11. ¿Su hijo/a aún mantiene el uso del chupón?

SI NO ¿A qué edad lo dejó? _____

12. ¿Su acudido presenta alguna de las siguientes conductas al comer?

(Puede elegir más de una opción)

- a) Se atora constantemente.
- b) Tose cada vez que come.
- c) Se demora en comer.
- d) Se le sale la comida por las esquinas de la boca.
- e) Llora mucho a la hora de comer.
- f) Le cuesta masticar los alimentos
- g) Mantiene todas las conductas.
- h) No mantiene ninguna de estas conductas.

13. ¿Qué texturas prefiere su acudido a la hora de comer?

- a) Líquido (agua, sopa, jugo, etc.).
- b) Sólidos (Pollo, Carne, Arroz, etc.).
- c) Semi Sólidos (crema, puré, etc.).
- d) Todas por igual

14. ¿Con qué frecuencia lleva a su hijo al odontólogo?

- a) Cada 6 meses.
- b) 1 vez al año.
- c) Cada 2 años.
- d) Cada 3 años.
- e) Solo cuando le duele

15. ¿Cree usted que es necesario recibir orientaciones sobre los malos hábitos orales en sus hijos y cómo pueden hacer para erradicarlo?

NO _____ SI _____

16. ¿Participaría de manera virtual en una capacitación sobre los malos hábitos orales?

NO _____ SI _____

POSTEST



Universidad Especializada de las Américas

Encuesta sobre Motricidad Orofacial

1. Selecciones su género M____F____

2. Indique con un gancho el rango de edad en que se encuentra:

15-19 ____

20-25 ____

26-30 ____

31-35 ____

36-40 ____

41-45 ____

46-50 ____

51-55 ____

56+ ____

3. ¿Cuál es su nivel educativo?

g) No fui a la escuela.

h) Hasta primaria.

i) Hasta primer ciclo

j) Hasta sexto año.

k) Universidad.

l) Egresado del IPHE.

4. ¿Cuál es su ingreso familiar mensual?

f) Menos de 300

g) 300-500

h) 500-700

i) 700-1,000

j) Más de 1,000

5. ¿Cuál es su profesión actual?

g) Ama de casa.

h) Educador.

i) Personal de la salud.

j) Construcción.

k) Administración.

Otros _____

6. ¿Sabe usted qué son los malos hábitos orales?

NO _____ SI _____ Defina brevemente:

7. Si su respuesta anterior fue positiva, indique 2 malos hábitos orales que usted conozca:

a) _____

b) _____

8. ¿Cree usted que los malos hábitos orales ocasionan alteraciones en el habla de los niños?

¿SI _____ ¿Por qué sí?

NO _____ ¿Por qué no?

9. ¿Su hijo presenta algún mal hábito oral antes mencionado?

SI _____ ¿Cuáles?

No _____

10. ¿Hasta qué edad es recomendable el uso del biberón?

- a) Hasta los 3 años
- b) Hasta año y medio o 2 años.
- c) No debe usar biberón
- d) Ninguna de las anteriores.

11. ¿Es necesario consultar al pediatra si su hijo presenta algún mal hábito?

SI _____ NO _____

12. Considera usted que los conocimientos adquiridos durante la presentación serán de:

- a) Mucho beneficio.
- b) Poco beneficio.
- c) No le brindará beneficio.

ANEXO N°3

PRESENTACIÓN UTILIZADA EN

LA DOCENCIA

PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Universidad Especializada de las Américas
Licenciatura en Fonoaudiología

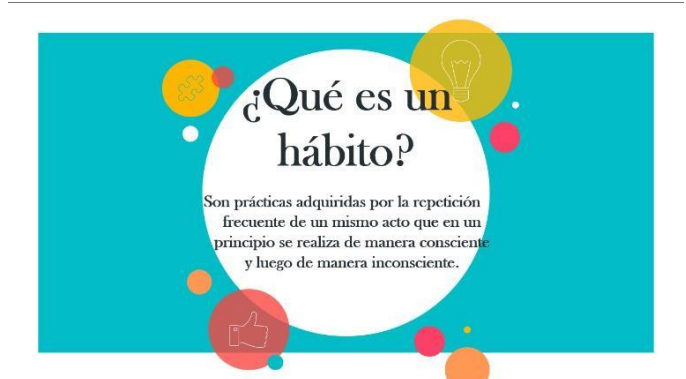
"Malos Hábitos orales"

Expositoras: Joseline Díaz
María Piedrahita



¿Qué es un hábito?

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.



¿Qué son los malos hábitos orales?

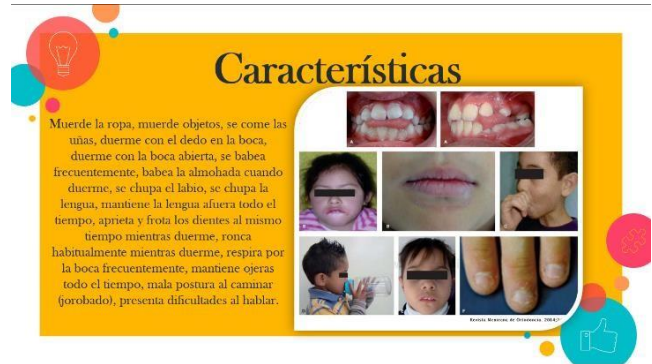



Es un comportamiento que se manifiesta de manera inconsciente y repetitivo.



Características

Muerde la ropa, muerde objetos, se come las uñas, duerme con el dedo en la boca, duerme con la boca abierta, se babea frecuentemente, babea la almohada cuando duerme, se chupa el labio, se chupa la lengua, mantiene la lengua afuera todo el tiempo, aprieta y frota los dientes al mismo tiempo mientras duerme, ronca habitualmente mientras duerme, respira por la boca frecuentemente, mantiene ojeras todo el tiempo, mala postura al caminar (jorobado), presenta dificultades al hablar.



Consecuencias

- Chuparse el dedo o utilizar chupón
- Respirar por la boca



Mordida Normal Mordida Abierta



Consecuencias

- Apretar los dientes (Chirridos)
- Deglución atípica



Uso de los biberones

Es importante que los padres comiencen a despegar a sus hijos de los biberones hacia el final del año y medio o los 2 años.



Dar pecho



Mamadera



Vaso de pico suave



Vaso de pico duro



Vaso con carrizo



Vaso normal

Recomendaciones para quitar el biberón



- use la taza, felicítelo y haga comentarios positivos.
- Mientras separa a su hijo del biberón, intente diluir la leche con agua. Durante los primeros días, llene la mitad con agua y la otra mitad con leche.
- Deshágase de los biberones o guárdelos en un lugar que no sea visible.

Texturas en la alimentación

0-6 meses Leche materna



- ✓ Satisface todas las necesidades de nutrientes y agua
- ✓ Exclusiva: No necesita ningún otro líquido o sólido
- ✓ Durante los 40 primeros días: Alimento 8 tomas o más
- ✓ Funciones motoras: Búsqueda, succión y deglución
- ✓ En caso de imposibilidad de lactancia materna: Fórmulas infantiles

Se debe permitir que el bebé tome la cantidad que necesite, sin forzarle a terminar los biberones y a demanda, aunque no sea "la hora"

Verduras



zanahoria, patata, calabacín

Frutas



plátano, manzana, pera cocida

Cereales sin gluten



arroz, maíz, mijo

Agua



introducirla como bebida

Semisólidos (6 a 7 meses)

Derivados lácteos



yogures enteros y quesos tiernos

Frutas y verduras



trituradas

Pescado sin espinas



merluza y gallo

Carnes picadas



pollo, solomillo, lomo de cerdo

Cereales sin gluten



y en pequeñas cantidades con gluten

Huevo cocido



se puede comenzar con la yema y luego probar con la clara

Sólidos (8 a 12 meses)

Recomendaciones a nivel sensorial

- Dejar que el niño explore con alimentos de distintas texturas. Es importante que el niño se familiarice, la huelga, la sienta, la vea y juegue con ellas. Pídale que le de comer.
- El ambiente en la mesa tiene que ser tranquilo, el niño tiene que asociar los momentos de la comida como algo satisfactorio.
- Facilitar actividades con mordedores, cepillos eléctricos o de diferentes texturas. Esto favorecerá la propiocepción a la zona oral tanto por dentro de la boquita como por fuera.

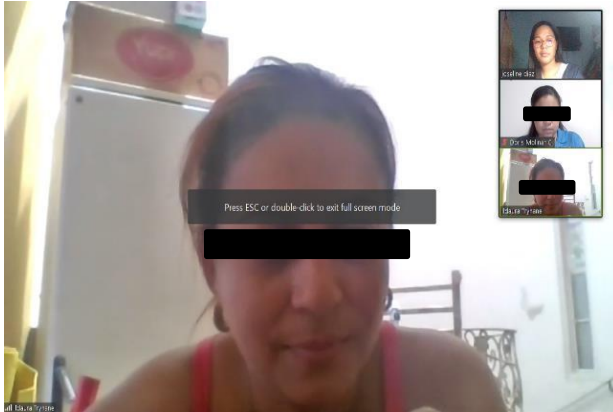
Recomendaciones generales

HABITOS ORALES

- Se debe asistir con frecuencia al odontólogo (cada 6 m).
- No fomentar el uso del chupete para que el niño/a pueda dormir.
- Evitar prolongar el uso de chupete más allá de los 2 años.
- Reemplazar mamadera por vaso antes de los 2 años (Conviene que a los 2 años el niño ya tome la leche sentada a la mesa y en taza).
- No burlarse de los niños utilizando frases como "Tan grande y chupando dedo, que unas tin feas", porque esto le provoca mayor estrés.
- En el caso de que note que tiene la boca abierta, cerrada sutilmente, sin necesidad de regañar.
- Los padres deben observar manera prematura las conductas y así consultar con el especialista adecuado, para tomar las medidas necesarias.

ANEXO N°4
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE
LAS DOCENCIAS

PRESENTACIÓN DE LA DOCENCIA VÍA ZOOM Y VÍDEO LLAMADA



Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita



Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita



Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita



Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita

¿Qué es un hábito?

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.

Zoom meeting interface showing participants: María del mar Piedrahita, Yareza Bertrán, Kaled, and Lucinio Pitti Vila.

Fuente: Fotos obtenidas por: JoselineDíaz y María

Recomendaciones para quitar el biberón

- Use la taza, felicítelo y haga comentarios positivos.
- Deshágase de los biberones o guárdelos en un lugar que no sea visible.

Zoom meeting interface showing participants: María del mar Piedrahita, Yareza Bertrán, Kaled, and Lucinio Pitti Vila.

Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita

Recomendaciones generales

- Se debe asistir con frecuencia al odontólogo (cada 6 m).
- No fomentar el uso del chupete para que el niño/a pueda dormir.
- Evitar prolongar el uso de chupete más allá de los 2 años.
- Reemplazar mamadera por vaso antes de los 2 años (Conviene que a los 2 años el niño ya tome la leche de la mesa y en taza).
- No burlarse de los niños utilizando frases como "Tan grande y chupando dedo, que tinas tan feas", provoca mayor estrés.
- En el caso de que note que tiene la boca abierta, cerrarla sutilmente, sin necesidad de regañar.
- Los padres deben observar manera prematura las conductas y así consultar con el especialista adecuado para tomar las medidas necesarias.

Zoom meeting interface showing participants: María del mar Piedrahita, Gabriela, Adalberto, María Torres, and DESO.

Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita

¿Qué son los malos hábitos orales?

Es un comportamiento que se manifiesta de manera inconsciente y repetitivo.

Zoom meeting interface showing participant: María del mar Piedrahita.

Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita

Zoom meeting grid showing participants: LEO, María del mar Piedrahita, María Elena, Gabriela, Lidya Rodríguez, Marijuli Torres, and Aldis Caceres.

Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita

Zoom meeting grid showing participants: Kaled, Yareza del mar, Aguilar, Dasha de Los A, Emila Chama, Ana Cecilia Sand..., Lucinio Pitti Vila, Jonathan de la to..., Esteban Spring, Alguien en una..., Semira Escudero, Carmina Elizab..., Ivan Ramos, Natalia Jaramila, david, Gloria Jaspe, Juan Rodríguez, Diego Bertrán, Elizabeth Palaco, Inky Cruz, Gina Avellan, Roberto Montilla, Angel Zambrano, and Madeline Social.

Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita

ANEXO N°5

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL

LUGAR DE PRÁCTICA

TALLERES VIRTUALES

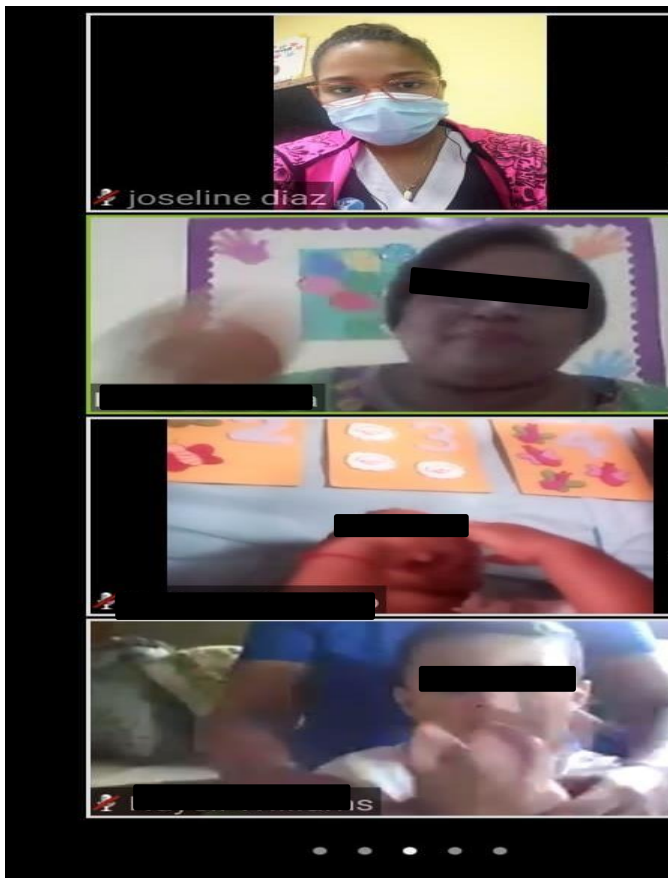


Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita

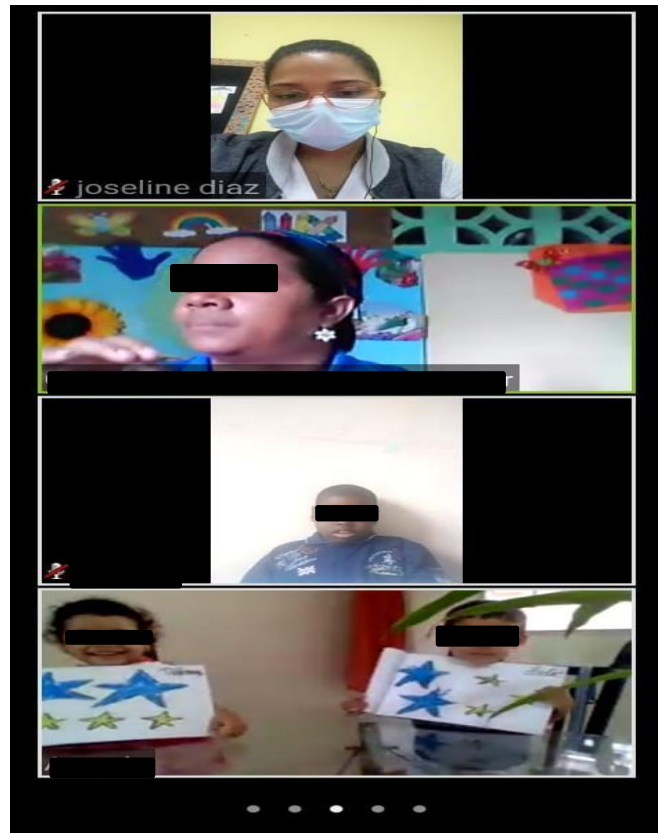


Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita

Actividad de asistencia a aulas virtuales del PEP



Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita



Fuente: Foto obtenida por: Joseline Díaz y María Piedrahita

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No.	Descripción	Página
Cuadro N°1	Elementos del habla.	22
Cuadro N°2	Órganos que conforman la estructura del habla.	23
Cuadro N°3	Causas de los trastornos del habla.	30
Cuadro N°4	Trastornos de los sonidos del habla.	32
Cuadro N°5	Estructuras y funciones del sistema estomatognático.	42
Cuadro N°6	Funciones y alteraciones del sistema estomatognático.	45
Cuadro N°7	Implicaciones en las funciones estomatognáticas.	71
Cuadro N°8	Músculos de la lengua.	73
Cuadro N°9	Músculos del cuello.	73
Cuadro N°10	Ejercicios orofaciales en músculos específicos.	78
Cuadro N°11	Aparatos para corregir malos hábitos orales.	80
Cuadro N°12	Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por su edad y sexo, en el periodo de febrero a abril 2021.	94
Cuadro N°13	Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por nivel educativo y programa de estimulación precoz a la que pertenece, durante los meses de febrero a abril 2021.	95

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No.	Descripción	Página
Gráfica N°1	Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificada según su ingreso familiar mensual, durante los meses de febrero a abril 2021.	96
Gráfica N°2	Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por el tipo de profesión que desempeña en el periodo de febrero a abril 2021.	97
Gráfica N°3	Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, sobre el concepto de malos hábitos orales, encuestados en los meses de febrero a abril 2021.	98
Gráfica N°4	Distribución de las características presentes en los niños atendidos en el PEP del IPHE según los padres de familia encuestados en febrero a abril 2021.	99
Gráfica N°5	Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por la presencia de los malos hábitos orales en los niños, durante los meses de febrero a abril 2021.	100
Gráfica N°6	Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por la presencia del uso del biberón, durante los meses de febrero a abril 2021.	101
Gráfica N°7	Distribución de las edades frecuentes en que los niños dejaron el uso del biberón según la población encuestada del PEP del IPHE,	102

durante los meses de febrero a abril 2021.

Gráfica N°8	Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, clasificado por la presencia del chupete (consuelo) en los niños, durante los meses de febrero a abril 2021.	103
Gráfica N°9	Distribución de las conductas presentes a la hora de comer en los niños, según la población encuestada del PEP del IPHE, durante los meses de febrero a abril 2021.	104
Gráfica N°10	Distribución de las texturas que prefieren los niños al comer, según la población encuestada del PEP del IPHE, durante los meses de febrero a abril 2021.	105
Gráfica N°11	Distribución de la población encuestada del PEP del IPHE, donde indican el periodo que acuden a las citas de odontología de sus hijos, durante los meses de febrero a abril 2021.	106
Gráfica N°12	Distribución de los malos hábitos orales que conocen los padres de familia encuestados del PEP del IPHE, durante los meses de febrero a abril 2021.	107
Gráfica N°13	Distribución de la opinión de los padres de familia del PEP del IPHE, sobre el impacto de los malos hábitos orales en el habla, durante los meses de febrero a abril 2021.	108
Gráfica N°14	Distribución de la justificación de los padres de familia del PEP del IPHE, sobre porqué los malos hábitos orales sí afectan el habla, durante los meses de febrero a abril 2021.	109
Gráfica N°15	Distribución de la opinión de los padres de familia del PEP del IPHE encuestados, sobre	110

recibir orientación acerca de los malos hábitos orales, durante los meses de febrero a abril 2021.

Gráfica N°16

Distribución de respuestas de los padres de familia del PEP del IPHE encuestados, sobre si estaban dispuestos a participar en docencia sobre los malos hábitos orales, durante los meses de febrero a abril 2021.

111

Grafica N°17

Distribución de la opinión de los padres de familia del PEP del IPHE encuestados, sobre el beneficio de recibir orientación acerca de los malos hábitos orales, durante los meses de febrero a abril 2021.

112